

Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine; Nock, Lukas; Ischebeck, Max

Research Report

Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft

Study der Hans-Böckler-Stiftung, No. 363

Provided in Cooperation with:

The Hans Böckler Foundation

Suggested Citation: Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine; Nock, Lukas; Ischebeck, Max (2017) : Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft, Study der Hans-Böckler-Stiftung, No. 363, ISBN 978-3-86593-272-3, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/167575>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

STUDY

Nr. 363 · Juni 2017

PFLEGE IN DEN EIGENEN VIER WÄNDEN: ZEITAUFWAND UND KOSTEN

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft

Volker Hielscher, Sabine Kirchen-Peters und Lukas Nock
unter Mitarbeit von Max Ischebeck

Diese Study erscheint als 363. Band der Reihe Study der Hans-Böckler-Stiftung. Die Reihe Study führt mit fortlaufender Zählung die Buchreihe „edition Hans-Böckler-Stiftung“ in elektronischer Form weiter.

STUDY

Nr. 363 · Juni 2017

PFLEGE IN DEN EIGENEN VIER WÄNDEN: ZEITAUFWAND UND KOSTEN

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft

Volker Hielscher, Sabine Kirchen-Peters und Lukas Nock
unter Mitarbeit von Max Ischebeck

Die Autorinnen und Autoren:

Dr. Volker Hielscher, wissenschaftlicher Mitarbeiter und stellvertretender Geschäftsführer des Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) in Saarbrücken.

Dr. Sabine Kirchen-Peters, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) in Saarbrücken.

Dr. Lukas Nock, Dozent an der Hochschule Fresenius in Frankfurt am Main.

© 2017 by Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de

ISBN: 978-3-86593-272-3

Satz: DOPPELPUNKT, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

INHALT

Zusammenfassung	10
Vorwort	12
1 Hintergrund	14
2 Forschungsstand	20
2.1 Bedeutung und zeitlicher Umfang informeller Pflege	20
2.2 Finanzielle Aufwendungen für die Pflege	23
2.3 Soziale Ungleichheit und Zugangsbarrieren	25
3 Ziele und Fragestellungen der Studie	28
4 Methodisches Vorgehen	33
4.1 Feldzugang und Organisation der Befragung	33
4.2 Aufbau des Fragebogens	34
4.3 Stichprobenkonstruktion und Rücklauf der Befragung	36
5 Stichprobenbeschreibung	38
6 Ergebnisse zu Organisation und Aufwendungen in der häuslichen Pflege	44
6.1 Struktur des Pflegearrangements	44
6.2 Zeitlicher Aufwand der informellen und formellen Helfer	54
6.3 Finanzielle Aufwendungen der Haushalte	62
6.4 Gesamtaufwendungen und soziale Lage	72
6.5 Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung und Zugangsbarrieren	82
6.6 Berufliche Einschränkungen durch die Pflege	91

6.7	Im Haushalt lebende (osteuropäische) Hilfskraft – ein neues Versorgungsmodell für die Mittelschicht?	94
7	Ergebnisse der Studie im Lichte der aktuellen Pflegereformen	98
7.1	Bewältigung von Pflegebedürftigkeit bleibt eine private Angelegenheit	98
7.2	Aktuelle Pflegereformen: Erweiterte Leistungen, noch offene Wirkungen	103
7.3	Angehörigenpflege zwischen Subsidiaritätsanspruch und wohlfahrtsstaatlicher Solidarität	105
8	Anhang	108
8.1	Überprüfung der Samplestruktur und der Erhebungssituation auf Verzerrungseffekte	108
8.2	Daten zur Stichprobenbeschreibung	111
8.3	Daten zur Struktur des Pflegearrangements	112
8.4	Gewichtung der Mittelwertberechnungen	113
9	Literatur	115

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schichtung der Bruttostichprobe	36
Tabelle 2: Verteilung der Pflegestufen in der Stichprobe	40
Tabelle 3: Eingeschränkte Alltagskompetenz nach Pflegestufen	42
Tabelle 4: Beziehung zum Pflegebedürftigen	46
Tabelle 5: Gesamtübersicht zum Einbezug weiterer Akteure in das Pflegearrangement	48
Tabelle 6: Pflegearrangements nach Pflegestufen	51
Tabelle 7: Nutzung formeller und informeller Hilfen nach Generationen	52
Tabelle 8: Pflegearrangement nach Erwerbsstatus der Hauptpflegeperson	53
Tabelle 9: Zeitaufwendungen der Hauptpflegeperson nach Tätigkeitsbereichen und nach Pflegestufen in Stunden pro Woche (Mittelwert)	56
Tabelle 10: Zeitaufwendungen informelle Helferinnen und Helfer in Stunden pro Woche (Mittelwert)	59
Tabelle 11: Zeitaufwendungen von zum Einsatz kommenden formellen Hilfeanbietern (Mittelwert)	60
Tabelle 12: Kosten pro Monat für die informellen Akteure im Pflegearrangement, nach Pflegestufen	63
Tabelle 13: Kosten für professionelle Pflege- und Betreuungsdienstleister pro Monat	65
Tabelle 14: Kosten für im Haushalt lebende Hilfskraft nach Pflegestufen pro Monat	66
Tabelle 15: Kosten weiterer Dienstleister nach Pflegestufen pro Monat	67
Tabelle 16: Kosten für Heilmittel und Fußpflege nach Pflegestufen pro Monat	69

Tabelle 17: Kosten für Hilfsmittel, Medikamente und Krankentransporte nach Pflegestufen pro Monat	70
Tabelle 18: Kosten für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen innerhalb der letzten fünf Jahre nach Pflegestufen	71
Tabelle 19: Durchschnittlicher gewichteter Zeitaufwand für die häusliche Pflege	74
Tabelle 20: Zeitaufwand informeller Helferinnen und Helfer sowie professioneller Dienste in Stunden pro Woche nach Pflegestufen	75
Tabelle 21: Durchschnittlicher gewichteter finanzieller Aufwand für die häusliche Pflege pro Monat in Euro	76
Tabelle 22: Finanzieller Aufwand nach Pflegestufen in Euro pro Monat	77
Tabelle 23: Verteilung des monatlichen Haushaltsnettoeinkommens auf Einkommensklassen	78
Tabelle 24: Durchschnittliches Monatsnettoeinkommen nach Pflegestufen in Euro	79
Tabelle 25: Durchschnittlicher Kosten- und Zeitaufwand für die Bewältigung der Pflegebedürftigkeit nach Haushaltsnettoeinkommen	81
Tabelle 26: Gründe für die Nicht-Nutzung eines Pflegedienstes	84
Tabelle 27: Nicht-Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen und Gründe für die Nicht-Nutzung in Prozent	85
Tabelle 28: „Kein Bedarf“ an Leistungen aus Sicht der pflegebedürftigen Person und der Hauptpflegeperson	87
Tabelle 29: Gründe für die Nicht-Nutzung von Pflegeberatung	90
Tabelle 30: Nutzung von Pflegeberatung und Pflegeeinstufung	91
Tabelle 31: Erwerbstätigkeit von Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter	92

Tabelle 32: Gründe für die Nicht-Nutzung der „kurzzeitigen Freistellung“	93
Tabelle 33: Erhebungssituation und Auskunftspersonen	108
Tabelle 34: Erhebungssituation und Haushaltseinkommen	109
Tabelle 35: Befragungsperson und Einkommen sowie Geld- und Zeitaufwendungen	110
Tabelle 36: Altersstruktur der Pflegebedürftigen über 65 Jahre in der Stichprobe und nach der Pflegestatistik	111
Tabelle 37: Schulbildung der pflegebedürftigen Person	111
Tabelle 38: Berufsbildung der pflegebedürftigen Person	112
Tabelle 39: Schulbildung Hauptpflegeperson	112
Tabelle 40: Berufsbildung Hauptpflegeperson	113
Tabelle 41: Größe der Pflegehaushalte	113
Tabelle 42: Gewichtung nach Pflegestufen	114

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie „Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten“ war, die zeitlichen und finanziellen Aufwendungen privater Haushalte für die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen abzubilden. Die empirische Erhebung wurde von November 2015 bis Juni 2016 durchgeführt. In die Auswertung gingen die Befragungsergebnisse von 1024 Pflegehaushalten in Deutschland ein.

- Die häusliche Pflege in Deutschland stützt sich wesentlich auf eine Hauptpflegeperson ab, die das Pflegearrangement organisiert und maßgebliche Teile der Versorgung leistet.
- Jede fünfte Hauptpflegeperson leistet die Pflege ganz allein, ohne informelle oder professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- Die Generation der jüngeren Hauptpflegepersonen (Kinder und Schwiegerkinder der Pflegebedürftigen) nimmt in stärkerem Maße informelle Unterstützung und professionelle Dienstleistungen in Anspruch als die Generation der pflegenden Ehepartnerinnen und -partner.
- Von den formellen Unterstützungsangeboten werden vor allem solche genutzt, die ihre Leistungen innerhalb der Häuslichkeit von Pflegebedürftigen erbringen: ambulante Pflegedienste und Verhinderungspflege.
- Der durchschnittliche tägliche Zeitaufwand der Hauptpflegeperson für die Bewältigung der Pflegebedürftigkeit entspricht einem Vollzeit-Arbeitstag.
- Hochgerechnet auf alle Pflegehaushalte in Deutschland werden rund 90% des Zeitaufwands für die Versorgung von der Hauptpflegeperson und weiteren informellen Helfern und nur rund 10% von professionellen Diensten abgedeckt.
- Jeder zwölfte Pflegehaushalt in Deutschland beschäftigt eine mit im Hause lebende, meist aus Osteuropa stammende Hilfskraft. Diese Versorgungsform nutzen vor allem Haushalte mit höherem Einkommen und mit Pflegebedürftigen, für die ein sehr hoher Betreuungs- und Pflegeaufwand besteht.
- Die Daten zu den zeitlichen Beanspruchungen der im Haushalt lebenden Hilfskräfte und zu den Kosten für diese Versorgungsform weisen auf erhebliche arbeitsrechtliche Probleme hin, insbesondere im Hinblick auf die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes und auf die Bestimmungen zum gesetzlichen Mindestlohn.

- Kosten entstehen den Pflegehaushalten nicht nur für die Inanspruchnahme professioneller Unterstützungsleistungen oder für Pflegehilfsmittel, Therapien, Medikamente und Umbaumaßnahmen. Ebenso werden für den Einsatz informeller Helfer und für Aufwendungen der Hauptpflegepersonen finanzielle Mittel eingesetzt.
- Die zeitliche und finanzielle Belastung steigt mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. In einer gewichteten Gesamtbetrachtung waren in einem durchschnittlichen Pflegehaushalt in Deutschland 63 Stunden pro Woche und rund 360 Euro monatlich für die Bewältigung der Pflegebedürftigkeit aufzubringen.
- Dabei entstehen bereits in Haushalten ohne anerkannte Pflegebedürftigkeit erhebliche zeitliche und finanzielle Aufwendungen für Pflege und Betreuung.
- Einkommensstarken Haushalten gelingt es in stärkerem Maße, auch bei schwerer und schwerster Pflegebedürftigkeit ein häusliches Pflegearrangement aufrecht zu erhalten.
- Zwei Fünftel der Haushalte nehmen keine Pflegeberatung in Anspruch. Dies betrifft überproportional bildungsferne Schichten. Durch den Verzicht auf Pflegeberatung sinken die Chancen, das Leistungsangebot der Pflegeversicherung in vollem Maße ausschöpfen zu können.
- Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter nehmen nur in reduziertem Umfang an Erwerbsarbeit teil. Rund ein Drittel hat die Berufstätigkeit aufgrund der Pflegeverpflichtungen einschränken müssen und lediglich ein Viertel ist in Vollzeit erwerbstätig. Die Angebote des Pflegezeitgesetzes werden bisher kaum in Anspruch genommen.

VORWORT

Vor dem Hintergrund des steigenden Pflegebedarfes stehen die Pflegeversicherung und ihre Finanzierungsgrundlagen zur Diskussion. Zwar wurden mit den letzten Reformen die Leistungen verbessert und Pflege- und Betreuungsbedarfe deutlich umfassender als bisher in der Pflegeversicherung berücksichtigt. Dennoch bleibt der Grundmechanismus bestehen, dass Pflegeleistungen durch das Teilleistungsprinzip der Pflegeversicherung nur partiell finanziert werden. Pflegeleistungen müssen in Deutschland in hohem Maße durch private Zuzahlungen finanziert und/oder als private Eigenleistung erbracht werden. Von diesen Rahmenbedingungen sind die Menschen je nach sozialer Lage in sehr unterschiedlichem Ausmaß betroffen.

Der vorliegende Bericht dokumentiert die Ergebnisse eines Forschungsprojektes, das unter dem Titel „Private Ressourcen und Bedarfe zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit“ ausgeleuchtet hat, welche zeitlichen und finanziellen Aufwendungen private Haushalte einbringen, um eine funktionierende Pflege zu Hause aufrecht zu erhalten. Einmal mehr ist dabei den pflegenden Angehörigen Respekt für ihren schier unermüdlichen Einsatz zu zollen, mit dem sie die Anforderungen der Betreuung, Unterstützung und Pflege von hilfebedürftigen Menschen in Deutschland meistern.

Die Erhebungen wurden von November 2015 bis Juni 2016 am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) in Saarbrücken durchgeführt – zu einem Zeitpunkt, als der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff noch nicht in Kraft war. Die Ergebnisse beziehen sich also auf die Situation vor der Reform. Die Wirkungen der Reform werden in künftigen Untersuchungen nachzuweisen sein. Hierzu können die vorgelegten Ergebnisse als „Nulllinie“ fungieren und künftige Wirkungen werden sich daran messen lassen müssen, inwiefern sie die Belastungen für diejenigen Menschen reduzieren, die mit ihrem privaten Engagement Pflegebedürftige zu Hause versorgen.

Dank gebührt der Hans-Böckler-Stiftung, welche dieses Forschungsvorhaben finanziell gefördert hat, und insbesondere Dr. Dorothea Voss, die seitens der Stiftung die Umsetzung des Projekts aktiv unterstützt und konstruktiv begleitet hat. Den Mitgliedern aus Gewerkschaften, Verbänden und Wissenschaft im Projektbeirat danken wir für die inhaltliche Begleitung und Unterstützung des Projekts. Von besonderer Bedeutung für die Umsetzung der Untersuchung war die Unterstützung durch die Kranken- und Pflegekassen, die einen Feldzugang erst ermöglicht haben: Hier sei dem AOK-Bundes-

verband, dem Verband der Ersatzkassen sowie der AOK Baden-Württemberg, der AOK Rheinland/Hamburg, der AOK Plus, der AOK Nordost, der AOK Niedersachsen, der DAK-Gesundheit, der KKH, der Barmer GEK und der Techniker Krankenkasse herzlich gedankt.

Unser besonderer Dank gilt zudem den vielen Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen, die sich an der Befragung beteiligt haben und ohne deren Auskunftsbereitschaft auch zu sensiblen Fragen kein Erkenntnisgewinn möglich gewesen wäre. Schließlich danken wir Tania Goddard, Brunhilde Kotthoff, Janet Kunz, Andreas Preuth, Julian Warren und Bastian Waschbusch für ihr Engagement als Interviewer für die Studie. Karin Müller und Natalie Wirschum sei gedankt für Korrekturen und für die Formatierung des Textes.

*Volker Hielscher, Sabine Kirchen-Peters und Lukas Nock
Saarbrücken, im Mai 2017*

1 HINTERGRUND

Aufgrund der demografischen Entwicklung sind immer mehr Haushalte von Pflegebedürftigkeit betroffen. Ausgehend von der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder könnte die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland von gut 2,6 Millionen im Jahr 2013 auf rund 3,5 Millionen Menschen im Jahr 2030 steigen (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2015). Langfristig könnte sie sich auf bis zu 4,5 Millionen Personen erhöhen (Statistisches Bundesamt 2010). Mit dem weiteren Anstieg des durchschnittlichen Lebensalters werden zwar die „gesunden Lebensphasen“ immer länger und die meisten älteren Menschen verbringen einen großen Teil der gewonnenen Jahre in guter Gesundheit (Robert Koch-Institut 2014). Dennoch ist der Eintritt einer Pflegebedürftigkeit nicht als seltenes Restrisiko zu begreifen, vielmehr durchleben mehr als zwei Drittel der Frauen und rund die Hälfte der Männer vor ihrem Versterben eine Phase von Pflegebedürftigkeit. Dabei liegt die durchschnittliche Dauer der (sozialrechtlich festgestellten) Pflegebedürftigkeit bei Männern mittlerweile bei mehr als drei, bei Frauen bei fast fünf Jahren (Rothgang et al. 2012). Begleitet wird diese Entwicklung durch die Veränderung von Familien- und Haushaltsstrukturen und durch Individualisierungsphänomene, die sich im Anspruch an eine aktive Lebensführung und ein selbstbestimmtes Leben widerspiegeln – und dies bis ins hohe Alter.

Rund drei von vier pflegebedürftigen Menschen leben zu Hause und werden dort zumeist von Angehörigen versorgt. Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit ist dabei ein kritisches Lebensereignis, das nicht nur den Pflegebedürftigen selbst, sondern auch sein soziales Umfeld, insbesondere die hauptsächlich mit der Pflege betraute Person, vor große Herausforderungen stellt. Neben körperlichen Einschränkungen entstehen häufig psychische und emotionale Probleme, wenn sich z. B. in Folge von Kompetenzeinbußen neue Abhängigkeiten ergeben oder sich Beziehungskonstellationen verändern (Kirchen-Peters 2016; Wetzstein et al. 2015). Über drei Viertel der Hauptpflegepersonen fühlen sich durch die Pflege stark bis sehr stark belastet (Schmidt/Schneekloth 2011). Infolgedessen weisen pflegende Angehörige insgesamt eine höhere Morbidität und Mortalität auf (Gräfel/Behrndt 2016) und sind im Vergleich zu Personen ohne Pflegeverpflichtungen z. B. stärker von psychischen Erkrankungen und von Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems betroffen (DAK 2015). Im Pflegealltag besteht zudem eine beson-

dere Anforderung in der Bewältigung der finanziellen und zeitlichen Anforderungen, die mit der Pflegebedürftigkeit einhergehen.

Diese gesellschaftlichen Entwicklungen und daraus entstehende veränderte Bedürfnisse der Menschen sind eine Herausforderung für die wohlfahrtsstaatlichen Sozial- und Hilfesysteme. Zur Unterstützung der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit wurde bereits in den Jahren 1995 und 1996 mit der Pflegeversicherung – ergänzend zur Absicherung der vier „Risikobereiche“ Krankheit, Rente, Arbeitslosigkeit und Unfall – eine gesetzliche Grundlage geschaffen. Hintergrund der Einführung war neben der demografischen Entwicklung die Beobachtung, dass immer mehr Menschen aufgrund von Pflegebedürftigkeit auf Hilfe zur Pflege nach dem Sozialgesetzbuch XII angewiesen waren, weil die Pflegekosten die eigenen finanziellen Mittel überstiegen. In Anbetracht wachsender Fallzahlen wurde hier eine auf Dauer nicht tragbare Kostenexplosion für die Kommunen befürchtet, der mit der Pflegeversicherung entgegengesteuert werden sollte (Blass 2011).

Die Pflegeversicherung wurde, entgegen rein steuerfinanzierten oder rein privatversicherungsrechtlichen Modellen, als sozialversicherungsförmige Lösung realisiert, bei der die Beiträge von den Beschäftigten und den Arbeitgebern gezahlt werden. Das so entwickelte Modell fügte sich nahtlos in die bestehende sozialstaatliche Architektur in Deutschland ein.

Um die Kosten bei der Umsetzung des neuen Versicherungszweigs zu begrenzen, wurde erstmals ein Teilleistungs-Prinzip verankert. Dafür wurde das für die anderen Sozialversicherungszweige noch weitgehend geltende Bedarfsdeckungsprinzip zugunsten des Budgetprinzips abgelöst. Unter Budgetierung ist zu verstehen, dass – unabhängig vom tatsächlichen Hilfebedarf des Einzelnen – der individuelle Leistungsanspruch in seinem finanziellen Ausmaß auf eine normierte Höhe begrenzt ist. Zum einen wurden die Leistungen an bestimmte Höchstbeträge gekoppelt, so dass nicht abgedeckte Kosten nach wie vor aus Eigenmitteln zu bestreiten waren. Zum anderen wurde der leistungsberechtigte Personenkreis eingeschränkt, indem für den Leistungsbezug eine Pflegebedürftigkeit „in erheblichem oder erhöhten Maße“ (§ 14 SGB XI) nachgewiesen werden musste. Unterhalb einer Grenze von 90 Minuten an direktem Zeitaufwand für pflegerische Verrichtungen bestand für die Einstufung in die Pflegestufe I lange Zeit keinerlei Anspruch auf Pflegeleistungen aus der Pflegeversicherung.

Psychische Erkrankungen waren als Ursache von Pflegebedürftigkeit in der Ausformulierung des Gesetzes nicht ausgeschlossen. Dennoch bestanden Zweifel, ob insbesondere Demenzkranke mit ihrem speziellen Bedarf nach Beaufsichtigung und Betreuung entlang der bestehenden Kriterien bedarfs-

gerecht eingestuft bzw. versorgt werden konnten. Die Folgen einer Unterversorgung dieser wachsenden Gruppe trafen vor den später folgenden Gesetzesnovellierungen zum einen die Angehörigen, die durch die zeitintensive Betreuung Demenzkranker stark belastet wurden, aus der Pflegeversicherung jedoch wenige bzw. keine Leistungen erhielten. Zum anderen stellte diese Regelung auch die Mitarbeiter/innen von Pflegeeinrichtungen vor erhebliche Probleme, weil sie die zeitaufwendige Versorgung Demenzkranker in zunehmendem Maße leisten mussten, die Leistungen jedoch nicht adäquat gegenfinanziert waren. Im Arbeitsalltag verstärkte dies den ohnehin bestehenden Zeitdruck in der Pflege (Hielscher et al. 2013).

Angesichts der wachsenden Kritik am Missstand in der Dementenversorgung wurden erstmals 2002 mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz finanzielle Leistungen für Pflegebedürftige mit einem erhöhten Betreuungsbedarf eingeführt. Das Teilleistungs-Prinzip blieb davon mit Hinweis auf die notwendige Beitragssatzstabilität unberührt: „Aufgrund dieser bestehenden finanziellen Rahmenbedingungen ist es nicht möglich, mit diesem Gesetz die Demenzproblematik durchgreifend zu lösen, der Teilsicherungscharakter der Pflegeversicherung wird grundsätzlich auch in diesem Bereich nicht verändert werden können“ (Deutscher Bundesrat 2001).

Mit der Pflegereform 2008 und nach Vorlage der Berichte zweier Expertenkommissionen in den Jahren 2009 und 2013, die mit einer Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs beauftragt waren, rückte man von diesem Grundsatz ab. Im Rahmen des Pflege-Neuausrichtung-Gesetzes, das 2013 in Kraft trat, wurden die Leistungen für Demenzkranke weiter ausgebaut. So wurden zum Zeitpunkt der vorliegenden Studie erstmals Pflegegeld- und Sachleistungsansprüche für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in „Pflegstufe Null“ und damit kleinere Beträge (104 bzw. 208 Euro im Monat) zur Finanzierung von Betreuungsleistungen gewährt. Im Jahr 2015 erhielten von den 2,9 Millionen Pflegebedürftigen rund 42% solche zusätzlichen Betreuungsleistungen. Die Zahl der Leistungsbezieher, die aufgrund ihrer psychischen Einschränkungen in „Pflegstufe Null“ eingestuft waren, körperlich aber noch unterhalb der Anspruchsgrenzen lagen, hat sich in den Jahren von 2013 bis 2015 von knapp 110.000 auf rund 180.000 erhöht (Statistisches Bundesamt 2015, 2017a).

Weitere Verbesserungen für die häusliche Pflege wurden zunächst durch das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) ab Januar 2015 realisiert. So wurden z. B. nicht nur die Leistungsgrenzen für Pflegegeld und Pflegesachleistungen erhöht, sondern auch Personen in der früheren „Pflegstufe Null“ konnten nun erstmals Leistungen wie Tages- und Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen

(welche zuvor mindestens eine Einstufung in Pflegestufe I vorausgesetzt hatten). Zudem wurde neben der Leistungsausweitung insgesamt die Vielfalt an Variationsmöglichkeiten zur Deckung der unterschiedlichen Bedarfe von Pflegehaushalten gesteigert.

Mit dem Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) im Jahr 2016 ist die politische Realisierung eines stärker bedarfsorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffes umgesetzt worden. Durch eine Orientierung an modernen Definitionen und Kriterien der Pflegebedürftigkeit wird zukünftig eine gerechtere Ausrichtung der Leistungen am individuellen Bedarf der Versicherten angestrebt. Dazu wurden auf der Basis von Vorschlägen der Expertenkommissionen die bislang bestehenden drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade erweitert, was eine angemessenere Verteilung der zur Verfügung stehenden Leistungen ermöglichen soll. Beeinträchtigungen bei kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten sowie bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte gehen ab 2017 ebenso in die Schweregradbemessung der Pflegebedürftigkeit ein wie somatische Einschränkungen.

Es ist anzunehmen, dass viele Versicherte durch die Reform einen höheren Leistungsanspruch erwerben und insbesondere die Versicherten in der häuslichen Versorgung profitieren. Ob durch das PSG II auch für stationäre Pflegeeinrichtungen Mehreinnahmen und damit eine Verbesserung der personellen Besetzung zu erwarten ist, muss skeptisch beurteilt werden. Im Gegenteil wird von Seiten der Anbieter befürchtet, dass durch die Vereinheitlichung der Eigenanteile in den Pflegegraden 2 bis 5 finanzielle Anreize gesetzt werden, Personen mit höheren Pflegebedarfen früher in ein Heim zu geben – mit der Folge dass sich die Arbeit bei gleichbleibender Personalausstattung weiter verdichten könnte (Tillmann/Harazim 2015).

Ergänzend wurde im Dezember 2016 auch das Pflegestärkungsgesetz III beschlossen. Dieses Gesetz hat zum Schwerpunkt, die koordinierende und steuernde Funktion der Kommunen in der pflegerischen Versorgung auszubauen. Der Fokus liegt dabei unter anderem auf der Erprobung und dem Ausbau von Beratungsstrukturen (Deutscher Bundesrat 2016). In der Einleitung zum Referentenentwurf des Gesetzes wurde der Teilleistungsgedanke der Pflegestärkungsgesetze erneut betont: „Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist auch zukünftig keine Vollabsicherung des Pflegerisikos durch die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung beabsichtigt. Die Höhe der Versicherungsleistungen ist auf gesetzlich festgesetzte Höchstbeträge begrenzt (Teilleistungssystem)“ (BMG 2016).

Trotz der Reformen ist demnach in der Grundstruktur der Pflegeversicherung und in den nach oben begrenzten Leistungen nach wie vor angelegt,

dass der Staat einen Teil der Pflegeleistungen in die Verantwortung der Familien legt, die mit Eigenmitteln und/oder investierter Zeit für die erforderlichen Hilfestellungen aufkommen müssen. Vor allem in der häuslichen Versorgung ist der reale Pflege- und Betreuungsaufwand immens. Die sozial- und arbeitsmarktpolitische Brisanz dieser Konstruktion der Pflegeversicherung liegt darin, dass die erforderlichen Eigenleistungen von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen in sehr unterschiedlichem Maße erbracht werden können. Je nach Einkommensverhältnissen, sozialen Netzwerken, Wohnort und ggf. auch Bildungshintergrund können die Ressourcen zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung sehr verschieden verteilt sein. Daher stellt sich die Frage, inwiefern das Teilleistungs-Prinzip vorhandene soziale Ungleichheit und Armutsrisiken noch verstärken könnte, indem es den Pflegehaushalten Belastungen unabhängig von ihrer Leistungsfähigkeit aufbürdet.

Vor diesem Hintergrund werden in der sozialpolitischen Debatte alternative Organisations- und Finanzierungsmodelle diskutiert, die in der Lage wären, die finanzielle und zeitliche Überforderung von Pflegehaushalten abzubauen und die Familien bei der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit besser zu unterstützen. Von manchen Verbänden wird vorgeschlagen, die Pflegeversicherung zu einer „echten“ Teilkasko-Versicherung auszubauen, in der die Eigenanteile der Versicherten gesetzlich gedeckelt sind und alle weiteren Kosten von der Pflegeversicherung getragen werden (z. B. DEVAP 2016). Weitergehend sind Forderungen nach Einführung einer Vollversicherung in der Pflege, wie sie etwa von der Gewerkschaft Verdi formuliert werden. Diese soll dem Anspruch nach dem Grundprinzip der Krankenversicherung folgen und das Leistungsspektrum auf Elemente der sozialen Teilhabe ausweiten. Eine Steigerung des Beitragssatzes für die Pflegeversicherung wäre dafür in Kauf zu nehmen (Lüngen 2012). Eine Vollversicherung würde – so das Argument ihrer Befürworter – Pflegehaushalte sowohl zeitlich als auch finanziell entlasten, weil Angehörige eher bereit wären, notwendige professionelle Hilfen in Anspruch zu nehmen. Damit könne die Qualität der häuslichen Versorgung gestärkt und soziale Ungleichheiten abgebaut werden.

Die hier vorgelegte Studie „Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten“ knüpft an den Diskurs um die Frage an, inwiefern die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit primär private Aufgabe ist oder ob sie nicht stärker gesellschaftlich organisiert und finanziert werden soll. Die Untersuchung leistet zu einem Zeitpunkt vor Inkrafttreten des PSG II eine umfassende Bestandsaufnahme zu den privaten Aufwendungen für die Übernahme von Pflege. Sie soll dazu beitragen, einen Vergleichsmaßstab für

die Wirkungen der Pflegereformen abzubilden und die wissenschaftliche Informationsgrundlage für die Diskussion um die zukünftige Ausgestaltung und Finanzierung der Pflegeversicherung zu verbessern.

In den folgenden Abschnitten werden zunächst der Forschungsstand in diesem Themenfeld zusammengetragen und die Fragestellungen und methodische Vorgehensweise der Studie erläutert. Anschließend werden die empirischen Befunde zur finanziellen und zeitlichen Belastung der Pflegehaushalte vor der Einführung der Pflegestärkungsgesetze II und III dargelegt. Im Schlusskapitel werden die Veränderungen durch die aktuellen Gesetzesnovellierungen im Lichte der Ergebnisse einer Abschätzung unterzogen und auf weiteren Forschungs- und politischen Gestaltungsbedarf hin diskutiert.

2 FORSCHUNGSSTAND

Bisher vorliegende Forschungsarbeiten weisen bereits darauf hin, dass zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit in ganz erheblichem Maße private Ressourcen eingebracht werden. Dabei stellt sich die Frage, wie sich die zeitlichen und die finanziellen Aufwendungen verteilen und inwiefern soziale Ungleichheiten bei der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit sichtbar werden. Zudem ist von Interesse, ob für bestimmte Personengruppen in stärkerem Maße Barrieren vor der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen bestehen.

2.1 Bedeutung und zeitlicher Umfang informeller Pflege

Derzeit erhalten mehr als 2,9 Millionen Menschen in Deutschland Leistungen aus der Pflegeversicherung, von denen knapp 2,1 Millionen, das sind ca. 73 %, zu Hause versorgt werden. Zwischen den Jahren 2001 und 2015 hat sich die Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen um 192.000, die der zu Hause betreuten jedoch um 641.000 erhöht (Statistisches Bundesamt 2017). Nach Berechnungen im Rahmen des Europäischen Haushaltspanels liegt der Anteil hilfe- und pflegebedürftiger Menschen sogar deutlich höher, wenn auch diejenigen Personen mit erfasst werden, deren Unterstützungsbedarf unterhalb der sozialrechtlich definierten Grenze liegt oder die sich keiner Begutachtung unterzogen haben (Eurostat 2013). Weil diese Personen keine Geld- oder Sachleistungen beziehen und alle Pflegekosten aus Eigenmitteln tragen müssen, werden sie in der Regel nicht in Pflegeheimen, sondern fast immer zu Hause von informell Pflegenden versorgt (ebenda). Der Großteil der Pflege in Deutschland wird also im privaten Umfeld, in der Regel von Angehörigen der Pflegebedürftigen, geleistet.

Die Datenlage zum zeitlichen Aufwand für die informelle Pflege ist sehr heterogen. Der ermittelte Zeiteinsatz variiert in Abhängigkeit davon, welche Tätigkeiten zum pflegebedingten Aufwand gezählt wurden. Aufgrund der Diversität der Operationalisierungen können die in verschiedenen Studien ermittelten Zeitwerte nur sehr bedingt miteinander in Bezug gesetzt werden. Dennoch sollen nachfolgend wichtige Referenzdaten zum zeitlichen Umfang informeller Pflege zusammengetragen werden:

- Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes durch das Robert Koch-Institut (Wetzstein 2015) wurden Daten zum zeitlichen Ein-

satz pflegender Angehöriger ermittelt. Für die Auswertung wurden drei Gruppen nach der zeitlichen Dauer des Einsatzes gebildet: nicht tägliche Pflege, bis zu zwei Stunden sowie mehr als zwei Stunden tägliche Pflege. Die Ergebnisse zeigen, dass 6,9% der erwachsenen Gesamtbevölkerung pflegebedürftige Angehörige versorgen. Nur gelegentlich, also nicht täglich, pflegten 2,6% aller Erwachsenen, 2,0 % pflegten bis zu zwei Stunden am Tag und 2,1 % mehr als zwei Stunden am Tag.

- Anhand der Daten des sozioökonomischen Panels (SOEP) haben Geyer und Schulz (2014) für die Gruppe der erwerbsfähigen Bevölkerung im Jahr 2012 einen durchschnittlichen Zeitumfang für informelle Pflege-tätigkeiten von rund drei Stunden am Tag ermittelt. Dabei war der zeitliche Aufwand für Personen, die mit der zu pflegenden Person im gleichen Haushalt lebten, mit durchschnittlich fünf Stunden deutlich höher als der Aufwand für extern wohnende Pflegepersonen, die im Mittel zwei Stunden in die Versorgung einbrachten. Ebenso stieg der Umfang der Pflege-tätigkeit in dem Maße, wie Erwerbsarbeit reduziert wurde, so dass geringfügig Beschäftigte den größten Zeitanteil für die Pflege aufbrachten.
- In einer Repräsentativbefragung zu den Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes von Infratest, die auf einer telefonischen Befragung von Pflegehaushalten im Jahr 2010 basierte, wurde ein täglicher Zeitaufwand der Hauptpflegeperson von durchschnittlich 5,4 Stunden täglich ermittelt. Dabei stieg der Zeitbedarf von 4,4 Stunden in Pflegestufe I bis auf 8,7 Stunden in Pflegestufe III (Schmidt/Schneekloth 2011). Von den bei Pflegeeintritt erwerbstätigen Personen mussten 34% aufgrund der Pflege ihre Erwerbstätigkeit reduzieren, 15 % mussten diese vollständig aufgeben.
- Eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK erfasste in einer Angehörigenbefragung den zeitlichen Umfang der geleisteten Pflege und den Unterstützungsbedarf informell Pflegenden. Bei einem durchschnittlichen Aufwand von rund sechs Stunden pro Tag war jeder fünfte Angehörige mindestens sieben Stunden täglich mit Pflegen beschäftigt (Schwinger et al. 2016). Die Mehrheit der Befragten (46%) pflegte zwischen einer und drei Stunden täglich. Der hohe zeitliche Einsatz für die informelle Pflege hatte – so die Ergebnisse der Studie – erhebliche Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit der Pflegepersonen. So gaben 70% der seit der Übernahme der Pflege nicht mehr erwerbstätigen Pflegepersonen an, wegen der Pflege ihre Berufstätigkeit aufgeben zu haben. Von den erwerbstätigen Pflegepersonen, die in Teilzeit beschäftigt waren,

reduzierten rund die Hälfte ihre Arbeitszeit, um die Pflege leisten zu können.

- Ebenfalls auf der Grundlage hochgerechneter SOEP-Daten konnten Zahlen zum Zeiteinsatz pflegender Männer und Frauen errechnet werden (Rothgang 2015): Etwa 50% der Männer und etwa 40% der Frauen pflegten eine Stunde je Werktag. Weitere 25% der Männer und der Frauen waren zwei Stunden am Tag eingebunden. Unter denjenigen Personen, die drei bis zwölf Stunden am Tag pflegten, waren die Frauen mit 35% gegenüber den Männern mit 25% überrepräsentiert. Zwischen Einsätzen an Werktagen und an den Wochenenden schienen keine entscheidenden Differenzen zu bestehen. Längere Pflegezeiten waren vor allem bei Teilleistenden und geringfügig Beschäftigten üblich.
- Ein deutlich größerer Zeitaufwand scheint bei der Betreuung von demenziell erkrankten Menschen zu bestehen. Im Rahmen einer kleineren Stichprobe von 357 Haushalten ermittelten Neubauer et al. (2008) den Zeitaufwand der Hauptpflegepersonen und weiterer informeller Helfer für die Betreuung von Demenzkranken. Auch hier wiesen diejenigen Pflegepersonen eine intensivere Zeitbindung auf, die in einem gemeinsamen Haushalt mit den Pflegebedürftigen lebten. Für Personen ohne Pflegestufe wurden von allen informellen Helfern zusammen rund vier Stunden eingebracht, in Pflegestufe I knapp acht Stunden, in Stufe II rund zwölf und in Stufe III bereits 14 Stunden täglich. Insbesondere die Hauptpflegepersonen waren zeitlich stark eingebunden. So pflegten und betreuten diese in den Pflegestufen II und III im Durchschnitt jeweils rund zehn Stunden pro Tag.

Auch wenn aufgrund der Heterogenität der Daten keine direkten Vergleiche zwischen den Studien hergestellt werden können, lässt sich aus den Ergebnissen dennoch ableiten, dass die zeitliche Bindung der Pflegepersonen von Demenzkranken offenbar deutlich höher ist als die der Pflegepersonen von ausschließlich körperlich Pflegebedürftigen.

Aus der bisher vorliegenden Studienlage geht eine starke zeitliche Eingebundenheit informell Pflegenden hervor. Die dabei festgestellten zeitlichen Aufwendungen für die Pflege variieren jedoch erheblich, was vermutlich auf unterschiedlichen Stichprobenkonzepten (z. B. pflegende Angehörige im erwerbsfähigen Alter vs. pflegende Angehörige insgesamt) oder auf einer unterschiedlichen Operationalisierung und Erfassung der Pflege- und Unterstützungsleistungen beruht. Eine detaillierte Überprüfung dieser Varianzen konnte auf Basis der verfügbaren Publikationen nicht durchgeführt werden.

Trotz der nicht unerheblichen Forschungsanstrengungen zu den vielfältigen Belastungen pflegender Angehöriger liegen allerdings bisher kaum Informationen vor, wie sich die zeitliche Beanspruchung auf bestimmte Gruppen von Pflegepersonen verteilt und welche Zeitanteile die einzelnen Aspekte von Pflege, Betreuung und Alltagsorganisation ausmachen.

Von spezieller sozial- und arbeitsmarktpolitischer Relevanz sind die Hinweise darauf, dass die Angehörigenpflege sich häufig auf die Erwerbstätigkeit der Pflegepersonen auswirkt. Eine Reduzierung oder gar komplette Aufgabe der Berufstätigkeit ist offenbar ein Schritt, zu dem sich nicht wenige Pflegepersonen gezwungen sehen, um die Pflegebedürftigkeit ihrer Angehörigen bewältigen zu können. Dieser Aspekt wird in der Auswertung an späterer Stelle nochmals aufgegriffen (vgl. [Abschnitt 6.6](#)).

2.2 Finanzielle Aufwendungen für die Pflege

Neben den zeitlichen Aufwendungen für die Pflege entstehen in aller Regel auch zusätzliche Kosten, die von den Pflegehaushalten zu tragen sind. Der finanzielle Aufwand, der zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung von pflegebedürftigen Personen anfällt, war bereits Gegenstand einzelner Erhebungen. Auch in diesem Punkt unterscheiden sich die Studien in mehrfacher Hinsicht. Sie bearbeiten zunächst unterschiedliche Fragestellungen, wobei in aller Regel umfassendere Zusammenhänge und nicht die finanziellen Aufwendungen für die Pflege im Vordergrund des Interesses stehen. Zudem bestehen erhebliche methodische Unterschiede, z. B. in dem Aspekt, inwieweit die rein privaten Aufwendungen gesondert oder zusammen mit den von den Sozialversicherungsträgern finanzierten Aufwendungen erfasst werden. Schließlich ist der eingeschlossene Personenkreis meist auf die nach den Kriterien des Sozialgesetzbuchs XI als pflegebedürftig geltenden beschränkt, so dass die Aufwendungen für diejenigen Personen nicht erfasst sind, deren Hilfebedarf unterhalb des festgelegten Schwellenwertes liegt.

Für die stationäre Versorgung können die privaten Lebensverlaufskosten von Pflegebedürftigkeit anhand von GKV-Daten berechnet werden. Danach zahlen Pflegebedürftige nach Abzug der Leistungen der Pflegeversicherung für die stationäre Unterbringung bis zu ihrem Tod durchschnittlich mehr als 31.000 Euro als Eigenbeitrag aus privaten Mitteln (Rothgang et al. 2012), allerdings mit einer sehr breiten Streuung je nach Geschlecht und dem erreichten Lebensalter. In einer monatlichen Betrachtung der Kosten beliefen sich die Eigenanteile für pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen für

Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionskosten je nach Pflegestufe im Jahr 2013 zwischen 1.448 und 1.873 Euro pro Monat (Rothgang et al. 2015). In einer gesundheitsökonomischen Gesamtbetrachtung wird argumentiert, dass die privaten Pflegehaushalte ohne Berücksichtigung von Opportunitätskosten (wie z. B. Einkommensausfälle) mit rund 17 Milliarden Euro mehr als ein Drittel der gesellschaftlichen Gesamtausgaben für Pflegebedürftigkeit tragen (ebenda).

Der reale monetäre Aufwand für häusliche Pflegearrangements ist deutlich schwieriger zu ermitteln. Schmidt und Schneekloth (2011) errechneten auf der Basis einer Telefonumfrage einen durchschnittlichen Wert von 247 Euro pro Monat, welcher von den Pflegebedürftigen selbst getragen werden muss. Dieser Wert variiert zwischen 204 Euro für Pflegebedürftige in der Pflegestufe I und 337 Euro in der Pflegestufe III.

In einer ersten Abschätzung in dieser Richtung wurden auf der Basis von SOEP-Daten aus dem Jahr 2010 die Pflegekosten nach Einkommensquartilen der Haushalte differenziert betrachtet (Lüngen 2012). Hierbei sind für den Durchschnitt aller Haushalte deutlich geringere Pflegekosten als in der angeführten Studie von Schmidt und Schneekloth ermittelt worden, die zwischen 71 Euro pro Monat in der untersten und 226 Euro pro Monat in der höchsten Einkommensgruppe variieren. Allerdings wurden im Fragebogen des sozioökonomischen Panels nur pauschale Kosten für Hilfe oder Pflege abgefragt, ohne detailliert auf die verschiedenen möglichen finanziellen Aufwendungen einzugehen, die im Rahmen eines Pflegearrangements entstehen können. Zudem wurde nicht klar zwischen den Kosten, die über die Pflegeversicherung abgedeckt sind, und darüber hinaus gehenden privaten Aufwendungen differenziert.

Allerdings lässt sich auf der Basis der SOEP-Daten die Einkommenssituation von Haushalten mit und ohne Pflegebedürftigen vergleichen (Geyer 2015 mit SOEP-Daten aus dem Jahr 2012). In den Haushalten, in denen die pflegebedürftige Person bzw. der Haushaltsvorstand mindestens 60 Jahre alt waren, fanden sich nach den Berechnungen keine gravierenden Unterschiede zwischen dem durchschnittlichen Gesamteinkommen der Haushalte mit und ohne pflegebedürftige Bewohner. In der Zusammensetzung des Einkommens zeigten sich jedoch erhebliche Unterschiede. Während z. B. Haushalte ohne Pflegebedürftige über deutlich weniger Einkünfte aus Erwerbsarbeit verfügten, waren Pflegehaushalte in höherem Maße Empfänger von öffentlichen Transferleistungen, insbesondere aus der Pflegeversicherung. Dieser Befund geht kongruent zu der pflegebedingten Reduzierung von Erwerbsarbeit, die in [Abschnitt 2.1](#) geschildert wurde.

Bei den Vermögensverhältnissen zeigten sich jedoch deutliche Unterschiede zwischen Pflegehaushalten und anderen Bevölkerungsgruppen: Während das Medianvermögen von Pflegehaushalten bei etwa 35.000 Euro lag, verfügten Vergleichshaushalte über rund 86.000 Euro Vermögen (ebenda). Zwar ist unklar, ob diese Differenz bereits eine Folge der privaten Aufwendungen für die Pflege darstellt. Faktisch bedeutet sie dennoch, dass Pflegehaushalten in der Regel nur begrenzte Rücklagen zur Verfügung stehen, um (weitere) pflegebedingte Mehrausgaben, etwa Wohnraumanpassungen oder behindertengerechte Fahrzeuge, anzuschaffen. Auch der regelmäßige Zukauf von unterstützenden Leistungen, die über die Sachleistungsgrenze des Sozialgesetzbuchs Elf hinaus- oder mit erhöhten Eigenbeteiligungen einhergehen, ist vor allem für solche Personen nicht umsetzbar, die solche Ausgaben nicht über ihr Vermögen kompensieren können, wenn diese oberhalb des monatlichen Nettoeinkommens liegen. Der Zusammenhang betrifft insbesondere alleinlebende Pflegebedürftige, die mit 3.000 Euro (Median) das geringste Vermögen besitzen.

Insgesamt besteht noch erheblicher Forschungsbedarf hinsichtlich der finanziellen Belastungen von Pflegehaushalten, denn die bisher durchgeführten Abschätzungen des finanziellen Pflegeaufwands kommen zu deutlich variierenden und teilweise hinsichtlich ihrer Validität zweifelhaften Ergebnissen. Die unzureichende Datenlage resultiert zum einen aus der Komplexität der Fragestellung, zum anderen aus der Tatsache, dass es sich für die Befragten um sensible Daten handelt.

Darüber hinaus verbleiben nach Sichtung der Forschungsliteratur zudem eine Reihe offener Fragen. Diese beziehen sich unter anderem darauf, inwiefern auch informell Pflegende finanzielle Zuwendungen erhalten oder wie sich die eingesetzten Finanzmittel auf verschiedene Ausgabenbereiche verteilen (z.B. Zuzahlungen zu Pflegeleistungen, Kosten für Medikamente oder Transferdienste).

2.3 Soziale Ungleichheit und Zugangsbarrieren

Für die Betrachtung sozialer Ungleichheiten bei der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit ist besonders relevant, inwiefern der Zugang zu den bestehenden Hilfen des Sozialstaats allen gesellschaftlichen Gruppen in gleichem Maße zugänglich ist oder ob für bestimmte Personen oder Gruppen Barrieren bestehen, die eine Inanspruchnahme notwendiger Beratungs- und Hilfeleistungen erschweren bzw. verhindern.

Zunächst einmal überrascht ein Befund der Studie von Schwinger et al. (2016), dass viele der informell Pflegenden trotz ihrer Belastungen die zur Verfügung stehenden unterstützenden Hilfen des Sozialgesetzbuchs Elf nur in geringem Maße in Anspruch nehmen, obwohl ihnen mehrheitlich Hilfen, wie z. B. ambulante Dienste sowie Tages-, Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege, durchaus bekannt zu sein scheinen. Dazu wurde eine Reihe von Gründen gegen die Inanspruchnahme herausgearbeitet, darunter die mangelnde Ortsnähe von Angeboten, schlechte Vorerfahrungen mit Diensten und Einrichtungen sowie das Ablehnen externer Hilfen durch den Pflegebedürftigen. Der Verzicht auf externe Unterstützung wurde jedoch insbesondere mit Kostenargumenten begründet, die auch dann eine Rolle spielten, wenn von den Hauptpflegepersonen ein Bedarf für diese Hilfen gesehen wurde. Dabei ist zu vermuten, dass finanzielle Gründe vor allem für Bevölkerungsgruppen mit geringem Einkommen eine besondere Relevanz besitzen. In der Studie wurde auch ermittelt, ob die Pflegehaushalte bereits eine Pflegeberatung durch Pflegestützpunkte, Hausärzte oder ambulante Dienste in Anspruch genommen haben. Nur 62% der Befragten gaben an, bereits eine Pflegeberatung genutzt zu haben. Lediglich 8,7% dieser Personen nahmen die angegebene Beratung im Pflegestützpunkt in Anspruch (ebenda).

Dass der Zugang zu notwendigen professionellen Hilfen sozial ungleich verteilt ist, deutet sich auch in einer Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege (2013) an. Darin wurden auf der Grundlage der SOEP-Daten Determinanten der Inanspruchnahme informeller bzw. professioneller Pflege in Haushalten mit Pflegebedarf ermittelt. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass ein fortschreitender Grad von Pflegebedürftigkeit und ein steigendes Alter die Bereitschaft erhöhen, informelle Pflege mit professioneller Hilfe zu kombinieren. Zusätzlich stieg mit der Höhe des Haushaltseinkommens die Bereitschaft, professionelle Hilfen in das Pflegearrangement zu integrieren. Bei größeren Haushalten oder bei Vorliegen eines Migrationshintergrunds erhöhte sich hingegen die Wahrscheinlichkeit, auf professionelle Unterstützung zu verzichten. Der Bildungsgrad zeigte sich in dieser Studie wider Erwarten ohne signifikante Auswirkungen auf die Inanspruchnahme professioneller Hilfen.

Bei Wetzstein (2015) finden sich weitere Angaben, die auf eine soziale Ungleichverteilung von Pflegelasten hinweisen. Seine Studie ergab, dass 6,9% der Erwachsenen regelmäßig einen Pflegebedürftigen versorgen. Dabei waren mit 8,7% Frauen deutlich mehr als Männer (4,9%) in Pflegeverpflichtungen eingebunden. Vor allem in der Gruppe der Personen, die mehr als zwei Stunden täglich im Einsatz waren, zeigte sich eine Reihe von Hinweisen auf

soziale Ungleichheitsstrukturen: So waren hier anteilig noch mehr Frauen vertreten als in der Gesamtgruppe und es handelte sich eher um Personen, die niedrigen Bildungsgruppen angehörten und die zu geringeren Anteilen erwerbstätig waren.

Von Armutsrisiken scheinen insbesondere diejenigen Personen bedroht zu sein, die sich mit ihrem Pflegebedarf unterhalb der sozialrechtlich festgelegten Einstufungskriterien bewegen, weil diese die durch die Pflegebedürftigkeit entstehenden Kosten nicht durch Transfers aus der Pflegeversicherung kompensieren können. Doch auch über alle Pflegehaushalte hinweg konnte Geyer (2015) eine (für das Jahr 2011) rund drei Prozentpunkte höhere Armutsquote gegenüber den Haushalten ohne Pflegebedürftige nachweisen. Als besonders armutsgefährdet zeigten sich in der Datenauswertung Pflegehaushalte mit Migrationshintergrund oder mit geringer Bildung.

Auf den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und den Ressourcen zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit weisen auch die Befunde der Studien von Blinkert und Klie zu Pflegearrangements in unterschiedlichen sozialen Milieus hin (Blinkert 2007; Blinkert, Klie 2008). Danach wurden Pflegebedürftige vor allem in traditionellen und einkommensschwachen sozialen Milieus zu Hause durch Angehörige versorgt, während Milieus mit einem höheren sozialen Status und modernen Lebensentwürfen sehr viel häufiger professionelle ambulante Hilfe oder eine stationäre Versorgung in Anspruch nahmen. Die Ergebnisse zeigen, dass Kostenerwägungen einen entscheidenden Einfluss auf das Pflegearrangement haben: Die Inanspruchnahme von professionellen ambulanten Diensten oder von Heimpflege scheint für die einkommensschwachen Milieus im Vergleich zur Angehörigenpflege relativ kostenaufwändig, während die Opportunitätskosten (also der Verzicht auf berufliche und soziale Chancen durch die Übernahme von Pflegeverpflichtungen) relativ gering sind. Die ökonomisch stärkeren sozialen Milieus können es sich also sehr viel eher „leisten“, eigenen Zeiteinsatz für die Pflege von Angehörigen durch professionelle Hilfen zu ersetzen. Angesichts dieser Mechanismen stellt sich die Frage, ob das Teilleistungsprinzip der Pflegeversicherung soziale Ungleichheiten, z. B. hinsichtlich der Arbeitsmarkt- und Berufschancen der ökonomisch schwächeren Milieus, verstärkt.

Die Ergebnisse der bisher vorliegenden Studien belegen die Relevanz der Frage, inwiefern die Möglichkeiten einer erfolgreichen Bewältigung von Pflegebedürftigkeit unterschiedlich verteilt sind. Von sozialpolitischer Brisanz ist dabei der Aspekt, dass ohnehin gesellschaftlich benachteiligte bzw. ökonomisch schwache Gruppen aufgrund des Verzichts auf Erwerbsarbeit von direkter Armut oder Altersarmut besonders bedroht scheinen.

3 ZIELE UND FRAGESTELLUNGEN DER STUDIE

Die hier vorgelegte Studie zu den privaten Ressourcen und Bedarfen für die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit schließt an die vorangehend geschilderten Zusammenhänge an. Im Zentrum steht dabei der Versuch, eine differenzierte Erhebung des zeitlichen und finanziellen Aufwands durchzuführen und diesen Aufwand mit dem sozioökonomischen Status der Haushalte in Relation zu setzen. Mit diesem Fokus setzen sich die Fragestellungen und Methoden der Studie von den bisher durchgeführten Forschungsarbeiten ab:

- Im Unterschied zu Sekundäranalysen vorhandenen Datenmaterials (z. B. SOEP-oder GKV-Daten) wurden für die Studie eigene empirische Erhebungen durchgeführt, so dass die Fragestellungen passgenau operationalisiert werden konnten.
- Die Ressourcen und Aufwendungen, die im Rahmen einer Pflegebedürftigkeit von den Pflegehaushalten getragen werden, standen im Zentrum der empirischen Erhebungen und es wurden nicht einzelne Aspekte des Themas vor dem Hintergrund anderer Fragestellungen quasi „nebenbei“ abgefragt. Dazu wurde eine differenzierte Erfassung von Zeit- und Geldaufwendungen für alle mit der Pflege in Zusammenhang stehenden Tätigkeiten und Leistungen durchgeführt.
- Durch die Berücksichtigung der Einkommenssituation und des Bildungshintergrunds war es möglich, typische Belastungskonstellationen für bestimmte Haushaltstypen zu ermitteln und die Wirkungen des Finanzierungssystems der Pflege auf soziale Ungleichheitslagen herauszuarbeiten. Dies stellt gegenüber den bisher vorliegenden empirischen Studien eine wichtige methodische Ergänzung dar.
- Erstmals konnten die Inanspruchnahme der im Jahr 2015 neu geschaffenen Angebote des Pflegestärkungsgesetz I und Barrieren für eine Inanspruchnahme empirisch erhoben werden. Damit besteht die Chance, die Wirkungen des PSG I zu bewerten.

Die Studie soll dem Ziel dienen, die tatsächlichen Aufwendungen privater Haushalte für die Pflegebedürftigkeit präziser als zuvor zu ermitteln, soziale Ungleichheitsstrukturen aufzudecken und über die Leistungen der Pflegeversicherung nicht abgedeckte Bedarfe zu identifizieren. Ihre Ergebnisse sollen einen Beitrag zur Diskussion über zukunftsfähige Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen in der Pflege leisten.

Die Befragung wurde zwischen November 2015 und Juni 2016 durchgeführt, also zu einem Zeitpunkt, als das PSG II und PSG III noch nicht in Kraft waren. Die Stichprobenziehung für die Studie und die Daten zu den Leistungsbezügen der Versicherten beziehen sich daher auf eine Situation, in der die „alte“ Systematik zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit den Pflegestufen I bis III noch in Kraft war. Die empirischen Erhebungen fanden also in einer Phase statt, in der wichtige Reformen für die Versorgung Pflegebedürftiger erst auf den Weg gebracht wurden. Zukünftige Forschungsarbeiten zu den Wirkungen der Reformen in der Pflegeversicherung könnten mit Bezug auf die Studienergebnisse analysieren, inwiefern sich die zeitlichen und finanziellen Belastungen der Haushalte verringert haben.

Gegenstandsbereich der Studie waren private Haushalte, in denen ältere Pflegebedürftige (ab 65 Jahre) versorgt werden. Damit wurde diejenige Wohnform aufgegriffen, in der mit einem Anteil von mehr als 70% die meisten Menschen mit Pflegebedarf leben. Zudem bestehen im Hinblick auf häusliche Versorgungskonstellationen erhebliche Forschungslücken, während die Versorgung im stationären Setting bereits besser erfasst ist. Dies liegt u. a. darin begründet, dass in Einrichtungen aufgrund der Formalisierung der Finanzierung, des Personaleinsatzes und der Qualitätssicherung vielfältige Daten vorliegen und der Zugang zu diesen Daten relativ gut möglich ist.

Vor dem Hintergrund der Zielsetzung, im Rahmen der Untersuchung auch ungedeckte Bedarfslagen zu ermitteln, wurde die Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit nicht ausschließlich auf das Vorliegen einer Pflegestufe nach den gesetzlichen Kriterien des SGB XI begrenzt. Vielmehr wurden darüber hinaus auch Haushalte mit älteren Personen befragt, die bisher keine Pflegeeinstufung erhalten haben. Damit sollten private Aufwendungen für die Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen auch unterhalb der Pflegebedürftigkeitsschwelle des SGB XI erfasst werden.

Im Mittelpunkt der Analyse standen die tatsächlichen zeitlichen und finanziellen Belastungen, die den Haushalten durch die Pflegebedürftigkeit entstehen. Es sollten die nicht über die Sachleistungen der Pflegeversicherung finanzierten, privat geleisteten Aufwendungen für unterschiedliche Pflegekonstellationen ermittelt werden. Diese Aufwendungen können als zeitlicher und finanzieller Aufwand für die Pflege dargestellt werden. Beide Ressourcen sind in der häuslichen Versorgung zumindest teilweise miteinander konverti-

bel (Pflegeleistungen können eingekauft oder selbst erbracht werden). Sowohl die monetären Ausgaben als auch die zeitlichen Einsätze wurden hinsichtlich ihrer Struktur differenziert erfasst. Damit sind Aussagen möglich, welche Hilfestellungen sich besonders zeit- und/oder kostenintensiv auswirken.

Der Studie lagen folgende analytische Fragestellungen zu Grunde:

1. Welche informellen und professionellen Helfer sind an den häuslichen Pflegearrangements beteiligt?

Bei dieser Fragestellung ging es darum zu erfassen, wer sich an der Versorgung und Betreuung des bzw. der Pflegebedürftigen beteiligt und wie informelle Hilfen von Angehörigen und von weiteren informellen Helfern mit professionellen Dienstleistungen kombiniert werden. Bei der Betrachtung der professionellen Dienstleistungen standen mit ambulanten Pflegediensten und Betreuungs- und Entlastungskräften zentrale Leistungsbereiche der ambulanten Versorgung des SGB XI im Vordergrund. Aber auch andere Hilfearten wie bezahlte Assistenzkräfte, hauswirtschaftliche oder ehrenamtliche Unterstützung wurden in die Erhebung einbezogen.

2. In welchem zeitlichen Umfang bringen sich informelle und professionelle Helfer in die häusliche Pflege ein?

Neben der Analyse der Struktur von Pflegearrangements wurden Informationen darüber zusammengetragen, welche zeitlichen Aufwendungen die informellen und formellen Helfer in die Versorgung einbringen. Dabei wurden die Zeitaufwendungen für verschiedene Bereiche der Pflege und Pflegeorganisation sowie für Unterstützungsleistungen im Bereich der Betreuung und Hauswirtschaft erfasst.

3. Welche privaten finanziellen Kosten entstehen in den verschiedenen Hilfebereichen für unterschiedliche Leistungen?

Die zweite zentrale Dimension der privaten Aufwendungen betrifft die finanziellen Ausgaben, die mit der Pflege in Zusammenhang stehen. Dabei wurden die pflegeinduzierten Unterstützungsbedarfe von solchen Bedarfen abgegrenzt, die der allgemeinen Lebensführung und Alltagsbewältigung dienen. Analog zur Erfassung der Zeitaufwände wurden die monetären Aufwendungen der Hauptpflegeperson sowie die Aufwendungen für die weiteren informellen und formellen Helfer betrachtet. Neben diesen Ausgaben wurden zudem Kosten für Pflegehilfsmittel, für Physio- und Ergotherapie, für Fußpflege, für Zuzahlungen zu Medikamenten, für Krankentransporte sowie für Umbaumaßnahmen abgefragt.

4. Durch welche Faktoren werden die Aufwendungen für die Bewältigung der Pflegebedürftigkeit beeinflusst?

Diese Fragestellung bezieht sich darauf, inwiefern sich die zeitlichen und monetären Aufwendungen nach verschiedenen Faktoren unterscheiden, z. B. entlang der unterschiedlichen Pflegestufen oder zwischen Haushalten mit einem unterschiedlichen sozioökonomischen Status. Insbesondere war dabei ein Augenmerk auf den Zusammenhang von Ressourcenlage, Struktur des Pflegearrangements sowie auf den Mix von Zeit- und Geldeinsatz zu legen.

5. Welche beruflichen Einschränkungen und Einkommensverluste werden zu Gunsten privater Pflegeverpflichtungen in Kauf genommen?

Eine besondere sozial- und arbeitsmarktpolitische Relevanz entsteht dann, wenn die Erwerbsarbeitsfähigkeit der informellen Helfer/innen durch die Anforderungen der Pflege tangiert wird. Dazu sollte erfasst werden, ob die Berufstätigkeit der Hauptpflegepersonen aufgrund der Pflege aufgegeben oder reduziert wurde und inwiefern die gesetzlichen Möglichkeiten im Rahmen des Pflegezeitgesetzes genutzt wurden.

6. Welche Zugangsbarrieren beeinflussen die Entscheidung zur Annahme der sozialrechtlich verankerten Pflege-, Betreuungs- und Beratungsleistungen?

Bisherige Forschungsarbeiten weisen darauf hin, dass viele Pflegebedürftige und ihre Angehörigen die bestehenden Hilfs- und Beratungsangebote nicht oder nur sehr eingeschränkt in Anspruch nehmen. Informationen über Zugangsbarrieren sind daher eine wichtige Grundlage, die Wirkung der Unterstützungsangebote zu verbessern. In der Erhebung wurde daher die Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen, der Tagespflege, der Kurzzeitpflege, von Betreuungs- und Entlastungsleistungen, von Pflegeberatung sowie von Verhinderungspflege erfasst, mit der sich pflegende Angehörige entlasten können, wenn sie selbst die Pflege aus einem bestimmten Grund nicht ausführen können.

7. Welche Konsequenzen ergeben sich aus den Ergebnissen für weitere Reformbemühungen?

Die Daten der Studie bilden eine Bestandsaufnahme zu den privaten Aufwendungen für die Bewältigung der Pflegebedürftigkeit zu einem Zeitpunkt, als die Pflegestärkungsgesetze II und III noch nicht umgesetzt waren. Auf Basis dieser Bestandsaufnahme galt es abzuschätzen, inwiefern sich die Belas-

tungen der privaten Haushalte durch die neuen Reformschritte verändern können und an welchen Punkten sich neue Fragestellungen für künftige Forschungsarbeiten zur häuslichen Versorgungslage ergeben.

4 METHODISCHES VORGEHEN

Die oben skizzierten Forschungsbedarfe und die komplexe Fragestellung der Studie machten eine umfangreiche Primärdatenerhebung notwendig. Im Folgenden werden der Feldzugang und die Organisation der Befragung, der Aufbau des Fragebogens sowie die Stichprobenschichtung und der Rücklauf der Befragung dargelegt.

4.1 Feldzugang und Organisation der Befragung

Im Rahmen der empirischen Erhebungen sollte eine Befragung von Haushalten, in denen Menschen mit Pflegebedarf leben, durchgeführt werden. Da die Adressdaten von Pflegebedürftigen nicht öffentlich zugänglich sind, wurde mit Hilfe des AOK-Bundesverbandes und des Verbands der Ersatzkassen für die Ansprache der Pflegehaushalte eine Kooperation mit fünf regionalen AOK-Kassen sowie mit vier Ersatzkassen organisiert.¹

Seitens der Krankenkassen wurde die Stichprobenziehung für die Studie vorgenommen und die Versicherten in einem Anschreiben der Kasse um eine Teilnahme an der Befragung gebeten. Über ein beiliegendes, vom iso-Institut verfasstes Projektinformationsblatt wurde über die Ziele der Studie und die Beteiligungsmöglichkeiten an der Befragung informiert. Die Befragung wurde in sechs aufeinander folgenden Wellen zwischen November 2015 und Juni 2016 durchgeführt. Nach Abstimmung der Stichprobenkriterien und der Wellenplanung wurden von den kooperierenden Kassen insgesamt rund 21.000 Versicherte postalisch für eine Teilnahme angefragt.

Um die Teilnahme an der Studie niederschwellig zu ermöglichen und einen angemessenen Rücklauf zu gewährleisten, wurde eine Beteiligung sowohl über eine Telefonbefragung wie auch über eine teilgeschlossene Online-Befragung ermöglicht. Für die telefonische Befragung konnten die Teilnehmer über eine zentrale Rufnummer mit dem iso-Institut Kontakt aufnehmen und einen Rückruf-Termin für das Telefoninterview vereinbaren.

1 Im Einzelnen haben die AOK Baden-Württemberg, die AOK Rheinland/Hamburg, die AOK Plus, die AOK Nordost, die AOK Niedersachsen, die DAK-Gesundheit, die KKH, die Barmer GEK und die Techniker Krankenkasse die Durchführung dieser Studie ermöglicht.

An der Befragung konnten sowohl die Pflegebedürftigen selbst, als auch die Hauptpflegeperson (allerdings nur eine Auskunftsperson pro Pflegehaushalt) teilnehmen, für die jeweils modifizierte Fragebogenvarianten verfügbar waren.

4.2 Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen hatte – neben der Operationalisierung der komplexen Fragestellungen – zwei besondere methodische Anforderungen zu erfüllen: Zum einen war er so zu gestalten, dass er sowohl von den Pflegebedürftigen selbst als auch von der Hauptpflegeperson beantwortet werden konnte. Dies wurde in der Fragebogenkonstruktion über entsprechende Filterführungen realisiert. Zum anderen musste das Erhebungsinstrument unabhängig von der Erhebungssituation (Fragebogen oder standardisiertes Interview) dieselben Daten generieren. Insofern wurde von vornherein Wert darauf gelegt, dass alle Fragen in allgemeinverständlicher Sprache und möglichst ohne weiteren Erläuterungsaufwand formuliert waren. Für die Durchführung der Interviews wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des iso-Instituts speziell geschult.

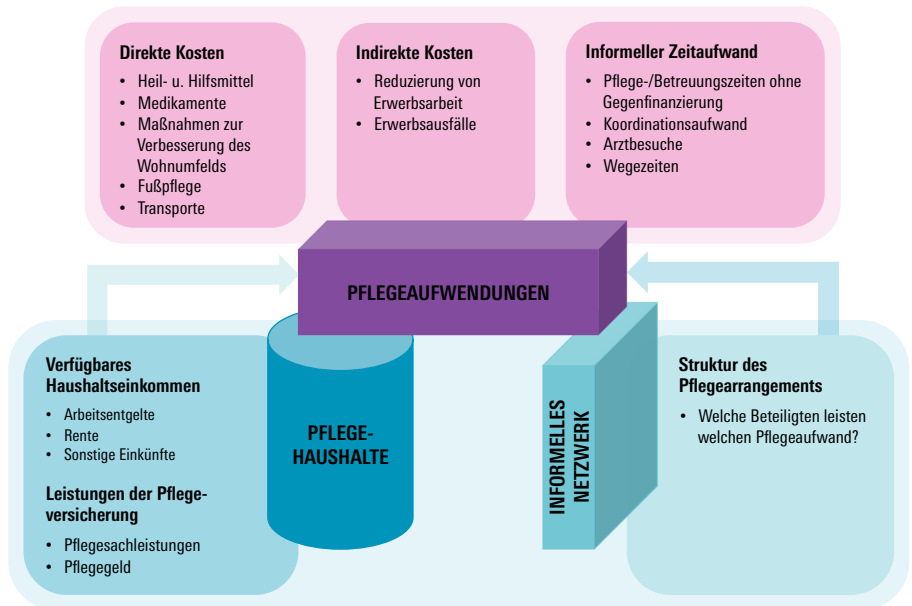
Zudem wurde ein Leitfaden zur Interviewdurchführung zur Verfügung gestellt, der eine einheitliche Begrüßung und Darlegung der Ziele der Studie gewährleisten und das Interviewgespräch durch Regieanweisungen unterstützen sollte. Den Interviewern stand nach Abschluss des jeweiligen Gesprächs ein offenes Kommentarfeld zur Verfügung, in dem Besonderheiten des Interviewverlaufes oder Interpretationshinweise für die Daten vermerkt werden konnten.

Im Zentrum des Fragebogens standen die notwendigen zeitlichen und finanziellen Kosten zur Bewältigung der Pflegebedürftigkeit. [Abbildung 1](#) zeigt, dass zusätzliche Dimensionen, wie die Einkommenssituation und die Struktur des Pflegearrangements, zu berücksichtigen waren.

Der Fragebogen wurde über ein professionelles Umfrage-Portal gestaltet und online gestellt. Er umfasste je nach Fallkonstellation und Filterführung bei der Befragung einer pflegebedürftigen Person bis zu 65 und bei der Befragung einer Hauptpflegeperson bis zu 74 Fragen und gliederte sich in folgende Themenblöcke:

- Soziodemografische Fragen zur Hauptpflegeperson
- Soziodemografische Fragen zur pflegebedürftigen Person
- Pflegeeinstufung und Inanspruchnahme von Pflegeleistungen
- Struktur des häuslichen Pflegearrangements

Inhaltliche Dimensionen für die Fragebogenkonstruktion



Quelle: eigene Darstellung

- Zeitaufwand und finanzielle Kosten für einzelne Aufgabenbereiche in der Versorgung
- Zeitaufwand und finanzielle Kosten für einzelne Akteure im Pflegearrangement
- weitere Kosten (z.B. Hilfsmittel, Therapien, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds)

In der Praxis dauerte die Durchführung der Interviews etwa 20 bis 40 Minuten.

4.3. Stichprobenkonstruktion und Rücklauf der Befragung

In der Stichprobe sollten unterschiedliche Konstellationen von Pflegebedürftigkeit hinreichend vertreten sein. Insofern wurde eine geschichtete Stichprobe konstruiert, in der die zum Zeitpunkt der Befragung noch in Kraft befindlichen Pflegestufen I bis III in etwa gleichem Umfang vertreten waren. Darüber hinaus sollten auch Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz („Pflegestufe Null“) und einem besonderen Betreuungsaufwand ebenso einbezogen werden wie Personen, bei denen ein Pflegeaufwand unterhalb der Schwellenwerte der Pflegeversicherung bestand. Um auf letztere Gruppe zugreifen zu können, wurden auch Personen für die Befragung angesprochen, deren Antrag auf Einstufung in die Pflegeversicherung abgelehnt wurde.

Nach Abstimmung mit den neun kooperierenden Krankenkassen konnten die fünf Gruppen im in [Tabelle 1](#) aufgeführten Umfang für eine Teilnahme an der Studie angeschrieben werden.

Die Größendifferenzen zwischen den einzelnen Gruppen waren deshalb nicht zu vermeiden, weil es für die kooperierenden Kassen nicht immer möglich war, alle Gruppen in gleichem Umfang anzuschreiben. Insgesamt wurden 21.308 Pflegehaushalte, darunter 16.359 AOK-Versicherte und 4.949 Versicherte der Ersatzkassen für eine Beteiligung an der Studie angefragt. Bis zum Abschluss der Erhebung hatten 1.549 Pflegehaushalte an der Befragung teilgenommen, was einem Rücklauf von 7,27 Prozent der Bruttostichprobe entspricht.

Tabelle 1

Schichtung der Bruttostichprobe

Ausmaß der Pflegebedürftigkeit	Anzahl N
Ohne Pflegestufe (abgelehnter Antrag)	3.750
„Pflegestufe Null“	4.611
Pflegestufe I	5.113
Pflegestufe II	4.150
Pflegestufe III	3.684

Nach einer Prüfung und Bereinigung konnten schließlich 1024 Datensätze in die Auswertung aufgenommen werden, die ein Mindestmaß an Vollständigkeit² und Datenqualität vorwiesen. Da bestimmte Bereiche des Fragebogens nicht auf alle Einzelfälle zutrafen (wenn etwa keine Hauptpflegeperson existierte, bestimmte Unterstützungsbereiche keine Rolle spielten etc.), bestehen bei der Ergebnisdarstellung mitunter Differenzen in der Gesamtzahl der Nennungen.

Die Organisation der Befragung hatte einerseits den besonderen Anforderungen des Feldzugangs, der Komplexität und der Sensibilität der Daten Rechnung zu tragen und musste andererseits eine hinreichende Datenqualität und einen genügenden Rücklauf sicherstellen, um sinnvolle statistische Analysen zu erlauben. Vor diesem Hintergrund wurde – wie bereits geschildert – ein methodischer Zugang gewählt, der den zu Befragenden verschiedene Teilnahmeoptionen eröffnete bzw. den Teilnehmerkreis vergrößerte. Darüber hinaus wurde die Erhebung nicht nur als direkte, sondern auch als Stellvertreterbefragung durchgeführt, bei der sowohl die Pflegebedürftigen selbst, als auch die Hauptpflegepersonen Auskunft geben konnten.

Auf diese Weise lässt sich das Sample differenziert danach betrachten, a) wie die Daten erhoben wurden (Erhebungsmethode) und b) wer die Fragen beantwortet hat (Befragungsperson): Von den insgesamt 1024 Datenreihen wurden 545 durch standardisierte Telefoninterviews (53,2%) und 479 mittels Fragebogen erhoben (46,8%). In 793 Fällen wurden die jeweiligen Fragen von Hauptpflegepersonen beantwortet (77,4%), in 231 Fällen gaben die Pflegebedürftigen selbst Auskunft (22,6%). Mögliche Verzerrungseffekte durch die Samplestruktur und die Erhebungssituation wurden statistisch geprüft und methodisch diskutiert (vgl. [Anhang 8.1](#)).

² Wesentliches Gültigkeitskriterium war dabei die vollständige Angabe zur Pflegeeinstufung. Um diese Frage zu beantworten, musste bereits ca. ein Drittel des Gesamtfragebogens durchgearbeitet sein. Zudem war die Frage nach der Pflegeeinstufung ein zentraler Filter für viele weiterführende Fragen.

5 STICHPROBENBESCHREIBUNG

In der folgenden Stichprobenbeschreibung wird die Datengrundlage der Studie erläutert. Die Darstellung bezieht sich auf die pflegebedürftigen Personen mit den Variablen Geschlecht, Alter, Wohnort nach Bundesland, Migrationshintergrund, Schulabschluss, berufliche Qualifikation und Pflegeeinstufung.

Das Befragungssample setzt sich aus insgesamt 1.024 Datenreihen zusammen. Die im Sample vertretenen pflegebedürftigen Personen sind zu 65,6% Frauen und zu 34,3% Männer. Damit entspricht die Geschlechterverteilung der im Sample vertretenen Pflegebedürftigen nahezu der Verteilung, die in der amtlichen Statistik mit 61,1% bzw. 38,9% für die Population der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen angegeben wird (Statistisches Bundesamt 2017a).

Das Durchschnittsalter der Pflegebedürftigen betrug zum Befragungszeitpunkt 83,1 Jahre. Der jüngste Befragte war 65 Jahre alt, der älteste 107 Jahre. Mit 84,5 Jahren waren die Frauen im Schnitt vier Jahre älter als die Männer, deren Durchschnittsalter 80,5 Jahre betrug. Resultierend aus der Tatsache, dass in der Studie jüngere Pflegebedürftige unter 65 Jahren ausgeschlossen waren, liegt der Altersdurchschnitt der Befragten höher als in der Grundgesamtheit aller Pflegebedürftigen (71,9 Jahre bei Schmidt/Schneekloth 2011). Ein Abgleich mit den Daten der Pflegestatistik zeigt jedoch, dass bei einer Betrachtung der Personen über 65 Jahre die Altersverteilung in der Stichprobe in etwa der aller Pflegebedürftigen entspricht.

Menschen mit Migrationshintergrund bilden unter den durch die Befragung erreichten Pflegebedürftigen mit sechs Prozent eine relativ kleine Gruppe. Dabei galten in der Befragung in Anlehnung an die Definition im Mikrozensus solche Personen als Menschen mit Migrationshintergrund, die selbst oder bei denen mindestens eines der Elternteile nicht-deutscher Nationalität war. Für das Alterssegment von 75 bis 85 Jahren, welches im vorliegenden Sample am stärksten vertreten ist, beziffert die amtliche Statistik einen vergleichbar geringen Anteil von 8 Prozent an Personen mit Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt, 2017a, S. 64). Der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung betrug laut Mikrozensus im Jahr 2015 rund 21 Prozent (ebenda, S. 7).

Die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die einzelnen Bundesländer wurde durch die regionalen Zuständigkeitsbereiche der kooperierenden Kassen beeinflusst (vgl. Kap. 4). Wenngleich es Teilnahmen aus allen Bundesländern gab, sind Pflegebedürftige aus Nordrhein-Westfalen (20,8%), Baden-

Württemberg (17,2%), Sachsen (12,2%) und Niedersachsen (12,0%) in der Studie stärker vertreten. Im Hinblick auf die Verteilung von Teilnahmen aus den alten und neuen Bundesländern sind Pflegebedürftige aus den neuen Ländern mit rund einem Viertel (26,2%) leicht überrepräsentiert.

Zur Erfassung des Qualifikationsniveaus der pflegebedürftigen Personen wurde zum einen der höchste Schulabschluss, zum anderen die höchste berufliche Qualifikation abgefragt. Bei der Schulbildung machte der Hauptschulabschluss mit 63% den weitaus größten Anteil aus. Einen Realschulabschluss haben rund 19% der Pflegebedürftigen erreicht, ein Abitur oder Fachabitur etwa nur jeder zehnte. Eine kleinere Gruppe von rund 6% gab an, über keinen Schulabschluss zu verfügen. Die deutlichste Abweichung zwischen den Geschlechtern liegt beim Abitur vor. Hier haben die Männer im Verhältnis doppelt so häufig eine allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife erlangt (17%) als die Frauen (8%).³

Hinsichtlich der höchsten beruflichen Qualifikation verfügen mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen über eine abgeschlossene Berufsausbildung und jeweils rund jeder zehnte über einen Meister-, Techniker- oder gleichwertigen Fachschulabschluss bzw. über einen Hochschulabschluss. Mehr als ein Viertel der Pflegebedürftigen gab an, über keinen beruflichen Abschluss zu verfügen. Noch stärker als bei der schulischen Qualifikation zeigten sich beim beruflichen Abschluss Abweichungen zwischen den Geschlechtern. So haben 36% der Frauen keinen Berufsabschluss, während dies nur bei 8% der Männer der Fall ist. Meister-, Techniker- oder gleichwertige Fachschulabschlüsse finden sich bei lediglich 4% der Frauen (bei Männern sind es 20%), ein abgeschlossenes Studium haben 6% der Frauen und 17% der männlichen Pflegebedürftigen. Lediglich bei der abgeschlossenen Berufsausbildung treten kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf.

Die Verteilung der Schulabschlüsse und der beruflichen Qualifikation im Sample ist vor dem zeithistorischen Hintergrund der 1930er, 1940er und frühen 1950er Jahre zu verstehen, in denen die heute Pflegebedürftigen im schulpflichtigen Alter waren. Der typische Werdegang der Normalbevölkerung verlief über den Besuch der „Volksschule“, während sich die höheren Bildungswege erst im Zuge der Bildungsexpansion in den 1960ern allmählich auch breiteren Teilen der Gesellschaft erschlossen (vgl. Becker 2012). Zugleich sorgten erst der Wandel traditioneller Rollenbilder, gesellschaftliche Individualisierungsprozesse und nicht zuletzt die Arbeitskräfteknappheit

3 Eine tabellarische Übersicht findet sich im [Anhang 8.2](#).

während der Zeit des Wirtschaftswunders für einen strukturellen Aufschwung weiblicher Erwerbsarbeit, indem das (männliche) Hauptnährer- bzw. Alleinverdienermodell an Bedeutung einbüßte.

Durch diese zeithistorischen Bedingungen unterscheiden sich die Schulabschlüsse im Sample deutlich von der bundesweiten Verteilung, in die auch jüngere Altersgruppen eingehen. So lagen im Jahr 2014 die Anteile von Personen mit Realschulabschluss oder (Fach-)Abitur deutlich über denen der hier untersuchten Stichprobe. (Statistisches Bundesamt 2017b, S. 48).

Wie im vorangehenden Kapitel bereits dargelegt, wurden in die Befragung explizit auch Personen aufgenommen, deren Antrag auf Pflegeeinstufung bei der Pflegekasse abgelehnt wurde. Damit sollten auch die privaten Aufwendungen für Pflegebedürftigkeit unterhalb der sozialrechtlich verankerten Grenzen erfasst werden. Zudem wurde angestrebt, die Bruttostichprobe entlang der Pflegestufen I bis III sowie der Einstufung für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz („Pflegestufe Null“) gleichmäßig zu schichten. Somit folgte die Schichtung der Stichprobe dem im Jahr 2015 gültigen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Um in allen fünf Teilstichproben eine ausreichende Zahl von Teilnahmen zu gewährleisten, wurden die Gruppen nicht entlang der bundesweiten Verteilung⁴, sondern möglichst gleich groß angelegt (vgl. Kap. 4). Nach Abschluss des Rücklaufs stellt sich die Pflegeeinstufung wie in [Tabelle 2](#) aufgeführt dar.

Tabelle 2

Verteilung der Pflegestufen in der Stichprobe

	Häufigkeit	Anteil
keine Pflegestufe	86	8,4%
„Pflegestufe Null“	148	14,5%
Pflegestufe I	281	27,4%
Pflegestufe II	247	24,1%
Pflegestufe III	262	25,6%
Gesamtsumme	1024	100,0%

4 Nach den neuen Daten der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2017) waren Ende des Jahres 2015 bei den zu Hause versorgten Pflegebedürftigen 64,2% in die Pflegestufe I, 27,9% in die Pflegestufe II und 7,9% in die Pflegestufe III eingruppiert. Für Aussagen zu Verteilungen in der Gesamtpopulation wurden die erhobenen Daten anhand der Daten der Pflegestatistik hochgerechnet (vgl. [Anhang 8.4](#)).

Während sich in den Pflegestufen I bis III jeweils eine ähnlich große Zahl von Personen an der Studie beteiligt haben, sind Personen in „Pflegestufe Null“ und mit abgelehnten Anträgen weniger stark vertreten. Zum Befragungszeitpunkt lag das Datum der Pflegeeinstufung im Durchschnitt etwa vier Jahre zurück ($SD=4,68$).

Neben der Pflegeeinstufung wurde ebenso erfasst, ob beim Pflegebedürftigen eine dauerhaft erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorlag bzw. ein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf (z. B. bei Demenz) anerkannt wurde. Das Vorliegen einer solchen Einschränkung ist für das Pflegearrangement von erheblicher Bedeutung. So ist z. B. die Zeitbindung informeller Pflegepersonen in der häuslichen Versorgung von Demenzzkranken meist deutlich höher als im Falle ausschließlich somatischer Pflegebedürftigkeit (vgl. Kap. 2). Dies liegt zum einen an den umfangreichen Beaufsichtigungs-, Betreuungs- und Anleitungserfordernissen, die aus der Demenz resultieren. Zum anderen kann der Umgang vor allem mit herausforderndem Verhalten im Rahmen einer Demenz für die Pflegenden mit großen Belastungen verbunden sein.

Mit 68% gab eine Mehrheit der Befragten an, dass beim Pflegebedürftigen eine eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt bzw. ein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf anerkannt war. Dieser Wert liegt deutlich über dem in der amtlichen Pflegestatistik ausgewiesenen Durchschnittswert, demzufolge rund 42% der Pflegebedürftigen von einer eingeschränkten Alltagskompetenz betroffen sind (Statistisches Bundesamt 2017). Diese Differenz rührt vor allem daher, dass die Personen der Pflegestufe „Null“ in der Pflegestatistik nicht zu den Pflegebedürftigen hinzugerechnet werden. Zum anderen sind diese Personen im Vergleich zu den „eingestuften“ Pflegebedürftigen in der Stichprobe deutlich überrepräsentiert.

Darüber hinaus ist nicht auszuschließen, dass trotz einer im Fragebogen klaren Formulierung⁵ auch Selbsteinschätzungen bzw. „Eigendiagnosen“ zur Demenz in die Daten eingehen. Dies könnte ein Indikator sein, dass in der Realität unterhalb der Schwellenwerte des SGB XI deutlich mehr Pflegebedürftige von kognitiven Einschränkungen oder dementiellen Veränderungen betroffen sind als in der amtlichen Pflegestatistik ausgewiesen wird. Methodenkritisch könnten überdies auch Verzerrungseffekte im Rücklauf ins Kalül gezogen werden: So könnten sich besonders die Angehörigen von Men-

5 Die Formulierung der Frage lautete: „Liegt eine dauerhaft erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vor bzw. ist ein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf anerkannt? (z. B. bei Demenz)“

schen mit Demenz mit ihrem umfangreichen Hilfe- und Unterstützungsbedarf von der Befragung angesprochen fühlen. Die Rückmeldungen außerhalb des Fragebogens, etwa in den Telefonaten oder in postalischen Zusendungen⁶ bestätigen das Bedürfnis vieler Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, mit ihren Belastungen und ihren Alltagsproblemen Gehör zu finden.

Die Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz verteilen sich wie in **Tabelle 3** dargestellt auf die verschiedenen Pflegestufen.

Tabelle 3

Eingeschränkte Alltagskompetenz nach Pflegestufen⁷

		Liegt eine dauerhaft erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vor?		n
		Ja	Nein	
Pflegestufe „Null“	Anzahl	148	0	148
	Prozent	100%	0%	
Pflegestufe I	Anzahl	127	150	277
	Prozent	46%	54%	
Pflegestufe II	Anzahl	139	105	244
	Prozent	57%	43%	
Pflegestufe III	Anzahl	221	41	262
	Prozent	84%	15%	
Gesamtsumme	Anzahl	635	296	931
	Prozent	68%	32%	

6 Als Reaktion auf die Befragung hatten sich 106 Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen zurückgemeldet, die nicht an der Befragung teilnehmen wollten oder konnten. Darüber hinaus wurden 14 schriftliche Kommentare an das iso-Institut gesendet. In den meisten Fällen wurden darin die prekäre Situation der Pflegenden oder der Gepflegten und der Wunsch nach einer stärkeren Unterstützung zum Ausdruck gebracht. In manchen der Zusendungen machten die Betroffenen deutlich, dass ihre Lage durch die standardisierte Form des Bogens nicht angemessen erfasst werden könne und fügten im Anschreiben biographische, krankengeschichtliche oder pflegerische Informationen bei.

7 Hier wie in den folgenden Auswertungstabellen wurden die Nachkommastellen von Prozentwerten kaufmännisch gerundet. Im Einzelfall können deshalb rundungsbedingte Abweichungen von 100 % in der Summe vorkommen.

In die so genannte „Pflegestufe Null“ wurden aufgrund der sozialrechtlichen Definition ausschließlich Personen aufgenommen, die in ihren Alltagskompetenzen eingeschränkt sind. Für die Pflegestufen I bis III erhöhte sich die Anzahl der Betroffenen mit aufsteigender Pflegestufe.

In wichtigen Merkmalsbereichen bildet die Stichprobe in etwa ein repräsentatives Abbild der Grundgesamtheit. Dies betrifft z. B. die Variablen Geschlecht, Migrationshintergrund, Berufsabschluss und Dauer der Pflegebedürftigkeit. In anderen Bereichen wurde die Verteilung bewusst durch die Kriterien der Stichprobenziehung variiert, wie z. B. in der Altersverteilung durch den Ausschluss jüngerer Pflegebedürftiger und aufgrund des Stichprobenzuschnitts bei der Verteilung über die Pflegestufen.

6 ERGEBNISSE ZU ORGANISATION UND AUFWENDUNGEN IN DER HÄUSLICHEN PFLEGE

Im Mittelpunkt der Studie steht das Ziel, die privaten Aufwendungen für die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit in Deutschland näher auszuleuchten. Bei der Analyse der Daten und der Darstellung der Ergebnisse ist es dazu in einem ersten Schritt notwendig, zunächst die Struktur häuslicher Pflegearrangements herauszuarbeiten. Im Zentrum steht dabei in der Regel eine Hauptpflegeperson, jedoch sind zumeist eine Reihe weiterer Personen und Dienstleister involviert. In einem zweiten Schritt ist darzustellen, welche zeitlichen Ressourcen alle beteiligten Akteure in die Pflege einbringen. Schließlich ist zu erfassen, welche finanziellen Mittel notwendig sind, um die häusliche Versorgung dauerhaft stabil aufrecht zu erhalten. Diese Aspekte werden in den nachfolgenden Abschnitten ausgeführt.

Um die sozialpolitische Relevanz der Befunde abzuschätzen, sind die Daten zum Pflegearrangement und zu den Aufwendungen mit der sozialen Lage der Pflegebedürftigen in Beziehung zu setzen. Erst so können Aussagen darüber getroffen werden, ob das Eintreten von Pflegebedürftigkeit soziale Ungleichheit verstärkt oder ob die Qualität der häuslichen Versorgung von Pflegebedürftigen von der Einkommenssituation des jeweiligen privaten Haushalts abhängt. In diesen Kontext gehört ebenso die Analyse etwaiger Barrieren, die einer Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen und weiteren Beratungs- und Unterstützungsangeboten entgegenstehen können, sowie die Frage, inwiefern durch die Pflegeverpflichtungen die Erwerbstätigkeit der Hauptpflegepersonen beeinflusst wird. Die Befunde hierzu werden in den beiden letzten Abschnitten der Ergebnisdarstellung ausgeführt.

6.1 Struktur des Pflegearrangements

Als Pflegearrangement wird die Gesamtheit aller in die Pflege und Unterstützung regelmäßig involvierten Akteure betrachtet. Dieses sowohl mit Blick auf den Umfang, als auch bezüglich der jeweiligen Zusammensetzung individuell sehr unterschiedliche Arrangement lässt sich weiterhin in einen informellen und einen formell-professionellen Helferkreis differenzieren. Zu den informellen Helfern wurden die Hauptpflegeperson, (weitere) pflegende

Angehörige sowie Freunde, Bekannte und Nachbarn gezählt, die sich an der Pflege, Betreuung und Unterstützung beteiligen und somit einen substanziellen Beitrag für die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit leisten. In den formell-professionellen Helferkreis wurden ambulante Pflegedienste, bezahlte Hilfskräfte, die mit im Pflegehaushalt lebten („osteuropäische Hilfskräfte“), Putzkräfte bzw. Haushaltshilfen, Menüdienste (z. B. „Essen auf Rädern“), bezahlte Betreuungs- und Entlastungskräfte nach § 45b SGB XI (z. B. Betreuungsassistenten, Alltagsbegleiter/innen etc.) sowie Ehrenamtliche (z. B. über Kirchengemeinden oder die Wohlfahrtspflege organisiert) einbezogen. Während die genannten Helfergruppen ihre Unterstützungsleistungen in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen erbringen, ist die Tagespflege als externe Angebotsform zum Pflegearrangement zu zählen, weil diese mit ihrem Leistungsprofil in die regelmäßige alltagsnahe Versorgung eingebunden ist. Die Inanspruchnahme temporärer professioneller Hilfeleistungen im Rahmen des SGB XI, wie z. B. der Kurzzeitpflege, wird an anderer Stelle dargestellt (vgl. [Abschnitt 6.5](#)).

Als Hauptpflegepersonen werden im Folgenden informelle Pflegepersonen mit und ohne Verwandtschaftsgrad bezeichnet, die die Hauptverantwortung für die Organisation und das Funktionieren des Pflegearrangements tragen und die Pflege- und Unterstützungsarbeit nicht professionell bzw. beruflich ausüben. Abweichend von der Definition von Schmidt/Schneekloth (2011) müssen Hauptpflegepersonen hier nicht zwangsläufig den größten Teil der Pflegearbeit leisten (vgl. auch Sopp/Wagner 2013), sofern sie das Management des Pflegearrangements übernehmen.

In Übereinstimmung mit anderen Studien (z. B. Schmidt/Schneekloth 2011) hatten im vorliegenden Sample 93 % der untersuchten Fälle eine solche Hauptpflegeperson. Ebenfalls korrespondierend mit anderen Studien (vgl. Schmidt/Schneekloth 2011; Mayer 2006; Schneekloth/Wahl 2005; BMFSFJ 2002) waren die Hauptpflegepersonen zum überwiegenden Teil weiblich. Es konnte jedoch bereits in älteren Untersuchungen ein Trend zur stärkeren Beteiligung von Männern in der Angehörigenpflege ausgemacht werden, der sich offenbar weiter fortsetzt: Waren im Jahr 1998 knapp 20 % Männer in der Pflege von Angehörigen als Hauptpflegepersonen engagiert, so stieg deren Anteil bis zum Jahr 2010 um acht Prozentpunkte auf 28 % (vgl. Sopp/Wagner 2013). Im vorliegenden Sample war mit 34 % bereits rund ein Drittel der Männer als Hauptpflegeperson aktiv.

Betrachtet man die sozialen Beziehungen zwischen den Hauptpflegepersonen und den Pflegebedürftigen, zeigt sich das in [Tabelle 4](#) dargestellte Bild.

Tabelle 4

Beziehung zum Pflegebedürftigen		
	Häufigkeit	Anteil
Ehefrau/Lebenspartnerin	248	26%
Ehemann/Lebenspartner	209	22%
Tochter	274	29%
Sohn	93	10%
Schwiegertochter	46	5%
Schwiegersohn	8	1%
Anderweitig verwandt	41	4%
Befreundet/Bekannt	27	3%
Sonstiges	7	1%
Gesamtsumme	953	101%

Abweichungen von 100% in der Summe sind rundungsbedingt

Die größte Einzelgruppe unter den Hauptpflegepersonen bildeten die Töchter mit 29%. Fast ebenso häufig waren die Ehefrauen mit 26% und die Ehemänner mit rund 22% vertreten. Jede zehnte Hauptpflegeperson war Sohn, während Schwiegersöhne mit 1% diese Aufgabe sehr selten wahrnahmen. Auch Schwiegertöchter waren mit rund 5% eher selten hauptverantwortlich für die Pflege. Fasst man die Hauptpflegepersonen als Gruppen zusammen, wurde die Angehörigenpflege hauptsächlich im Zusammenhang der Ehe- bzw. Lebenspartnerschaft (48%) oder von den eigenen Kindern der Pflegebedürftigen geleistet (39%). Personen in anderen Verwandtschaftsgraden, wie z. B. Schwiegerkinder (6%), Geschwister, Neffen und Nichten (4%) oder Freunde und Bekannte (3%) der Pflegebedürftigen, stellten als Hauptpflegepersonen eher Ausnahmen dar. Aufgrund der Tatsache, dass in diese Befragung ausschließlich ältere Pflegebedürftige ab 65 Jahren einbezogen wurden, fallen Eltern als Hauptpflegepersonen in der vorliegenden Stichprobe faktisch weg. In der Folge erhöhen sich die Anteile der pflegenden Ehepartner und Kinder in dieser Untersuchung im Vergleich zu den Daten solcher Studien, die Pflegebedürftige aller Altersgruppen einschließen (z. B. Schneekloth 2011).

Das Alter der Hauptpflegepersonen betrug durchschnittlich 66,6 Jahre. Damit liegt der Altersdurchschnitt wegen des Ausschlusses jüngerer Pflegebedürftiger (vgl. Kap. 4) etwas über den Werten anderer Studien (z. B. Schmidt/Schneekloth 2011). Die männlichen Hauptpflegepersonen waren mit 71,7 Jahren im Mittel fast acht Jahre älter als die weiblichen mit 64 Jahren. Die Gruppe der Ehe- und Lebenspartner/innen unter den Hauptpflegepersonen waren im Durchschnitt selbst bereits 75,8 Jahre alt, während sich die pflegenden Kinder mit durchschnittlich 58,2 Jahren meistens noch im erwerbsfähigen Alter befanden. Die Gruppe der anderweitig pflegenden Verwandten ist im Durchschnitt 53,7 Jahre alt. Lediglich zwei der befragten Hauptpflegepersonen waren jünger als 25 Jahre (23 und 24 Jahre alt).

Mit Blick auf die Schulbildung der Hauptpflegepersonen zeigte sich aufgrund des höheren Bildungsniveaus jüngerer Bevölkerungsgruppen erwartungsgemäß eine andere Verteilung der Schulabschlüsse als bei den Pflegebedürftigen (vgl. Kap. 5). Rund ein Viertel der Hauptpflegepersonen verfügte über das Abitur und jeweils rund 37 Prozent über einen Real- oder Hauptschulabschluss. Knapp 2 Prozent der im Sample vertretenen Hauptpflegepersonen konnte keinen Schulabschluss angeben. Insgesamt ist das formale Bildungsniveau bei den Hauptpflegepersonen somit höher als bei den Pflegebedürftigen, aus deren Nachfolgenergeneration sie sich zu einem Teil rekrutieren.

Analog zur Schulbildung ist auch die berufliche Qualifikation der Hauptpflegepersonen im Vergleich zu den Pflegebedürftigen durchschnittlich höher. So fanden sich unter den Hauptpflegepersonen mit einem Anteil von knapp 7% deutlich weniger Personen ohne beruflichen Abschluss als unter den Pflegebedürftigen. Während analog zu den Pflegebedürftigen ca. jeder Zehnte über einen Meister-, Techniker- oder gleichwertigen Fachschulabschluss verfügte, konnten bei den anderen beruflichen Abschlüssen weitere Unterschiede festgestellt werden: So hatten mit 64% rund 9% mehr Hauptpflegepersonen eine abgeschlossene Berufsausbildung und mit 19% rund 10% mehr ein Hochschulstudium absolviert als in der Gruppe der pflegebedürftigen Personen (vgl. Anhang 8.3).

Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen (55%) lebte mit einer weiteren Person in einem Zweipersonenhaushalt. Aber auch alleinlebende Pflegebedürftige im Einpersonenhaushalt spielten mit 29% eine wichtige Rolle. Seltener waren Dreipersonenhaushalte mit knapp 12% sowie Konstellationen mit mehr als drei beteiligten Haushaltsmitgliedern, die lediglich von 4% der Befragten angegeben wurden. Im Durchschnitt lebten 1,9 Personen im Pflegehaushalt (vgl. Anhang 8.3).

Gesamtübersicht zum Einbezug weiterer Akteure in das Pflegearrangement

Akteur	Häufigkeit der Nutzung
Weitere Angehörige	51 %
Freunde, Bekannte, Nachbarn	30 %
Pflegedienst	32 %
Im Haushalt lebende Hilfskraft	11 %
Betreuungs- und Entlastungskraft	12 %
Menüdienst	16 %
Ehrenamt	6 %
Putzkraft	35 %

(n=1024, Mehrfachnennungen möglich)

Sofern es im jeweiligen Pflegearrangement eine Hauptpflegeperson gab, lebte diese in 70% der Fälle mit der pflegebedürftigen Person in einem gemeinsamen Haushalt. Wenn der Pflegehaushalt aus zwei Personen bestand, war die weitere im Haushalt lebende Person in über Dreiviertel der Fälle (76%) der Ehe- bzw. Lebenspartner und in einem Fünftel (21 %) handelte es sich um Töchter bzw. Söhne der Pflegebedürftigen.

Um den Aufbau des Pflegearrangements näher zu erfassen, wurde nach dem Einbezug verschiedener informeller Akteure und professioneller Dienste gefragt (Tabelle 5).

In mehr als der Hälfte der befragten Haushalte war zur Unterstützung der Pflegebedürftigen mindestens ein weiterer Angehöriger eingebunden. Darüber hinaus beteiligte sich in fast jedem dritten Fall mindestens ein Freund, Bekannter und/oder Nachbar aktiv an der Pflege und Unterstützung. Ebenfalls erfasst wurde die genaue Anzahl dieser informellen Akteure in den einzelnen Pflegearrangements. In den Fällen, in denen neben der Hauptpflegeperson mindestens ein weiterer Angehöriger vertreten war, beteiligten sich im Durchschnitt 1,7 weitere Personen an der Bewältigung der Pflegebedürftigkeit (Min=1; Max=7; SD=0.99).⁸ Bezogen auf das Gesamtsample (also unter

⁸ Min/Max bezeichnen die Minimal- bzw. Maximalwerte bei den Antworten in der Stichprobe. Die Standardabweichung SD ist ein statistisches Streuungsmaß dafür, wie weit die Stichprobe im Schnitt um das arithmetische Mittel streut.

Einbezug auch der Fälle, in denen keine weitere Angehörigen vertreten sind) fanden sich im Schnitt 0,83 weitere Angehörige (Min=0; Max=7; SD=1,10) im informellen Pflegearrangement. Bezogen auf alle Befragten kümmerte sich in 26% der Fälle genau ein weiterer Angehöriger um den Pflegebedürftigen, in 13% der Fälle genau zwei und in 6% der Fälle genau drei weitere Angehörige.

Wenn Freunde, Bekannte und Nachbarn in das Pflegearrangement integriert waren, handelte es sich durchschnittlich um 1,8 involvierte Personen (Min=1; Max=8; SD=1,06). Der Gesamtdurchschnitt von 0,35 (Min=0; Max=8; SD=0,85) berücksichtigt wiederum alle Fälle, so auch die, bei denen keine solchen Personen im Unterstützungsnetzwerk mitwirkten. Unter allen Fällen wiesen 11% der informellen Arrangements genau einen Freund, einen Bekannten oder einen Nachbarn auf, knapp 6% genau zwei und 3% genau drei Mitglieder aus dem Freundeskreis auf.

Das informelle Pflegearrangement, das sich aus einem familiär-freundschaftlichen Kontext heraus für die Pflege, Betreuung und Unterstützung engagierte, wurde häufig von einem formell-professionellen Pflegearrangement ergänzt. Dabei spielten vor allem ambulante Dienste eine größere Rolle, die in knapp einem Drittel der Fälle das häusliche Versorgungssetting unterstützten.

Tagespflegeeinrichtungen wurden von insgesamt 12% der Befragten in Anspruch genommen. Dabei handelt es sich um teilstationäre Einrichtungen, die für halbe oder ganze Tage Betreuung und Pflege anbieten. In aller Regel ist das Angebot mit einem Fahrdienst verknüpft, der die Tagesgäste abholt und wieder nach Hause bringt. Die Tagespflege hat sich als eine Angebotsform entwickelt, die vorzugsweise von Menschen mit Demenz genutzt wird. In der vorliegenden Stichprobe wiesen neun von zehn Nutzern von Tagespflege Einschränkungen in der Alltagskompetenz auf. Wenn eine Tagespflege in das Pflegearrangement integriert wurde, verbrachten die Pflegebedürftigen dort durchschnittlich 20,6 Stunden pro Woche (vgl. Abschnitt 6.3).

In rund jedem zehnten befragten Pflegehaushalt (11%) wurde zudem eine bezahlte Hilfskraft beschäftigt, die in der Regel aus dem Ausland stammt und mindestens temporär im Pflegehaushalt lebte. Gerade bei Pflegbedürftigen mit Demenz werden – vor dem Hintergrund des Aufwands für Beaufsichtigungs-, Betreuungs- und Anleitungsaufgaben – bezahlte Hilfskräfte offenkundig eingesetzt, um eine häusliche Versorgung aufrechtzuerhalten und eine Heimunterbringung zu vermeiden (vgl. Abschnitt 6.7).

Zur Unterstützung der hauswirtschaftlichen Versorgung griff mit 35% rund ein Drittel der befragten Pflegehaushalte auf die Dienste einer Putzkraft zurück und 16% der Befragten nahmen einen Menüdienst in Anspruch. Betreuungs- und Entlastungskräfte nach §45b SGB XI, deren Einsatz im Rah-

men des Leistungsangebots der Pflegeversicherung für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (mit-)finanziert werden kann, wurden in jedem zehnten befragten Pflegehaushalt (12%) eingesetzt und ehrenamtliche Helfer/innen, z. B. aus Kirchengemeinden, fanden sich bei 6% der Pflegebedürftigen.

Insgesamt hatten jedoch längst nicht alle Hauptpflegeperson weitere Helferinnen und Helfer oder professionelle Dienste in das Pflegearrangement eingebunden:

- So griffen knapp 35% der Befragten auf keine weiteren informellen Helfer wie Verwandte, Freunde oder Nachbarn für die Pflege und Betreuung zurück.
- 56% der Pflegehaushalte verzichtete auf formelle bzw. professionelle Unterstützung von außen.
- Jede fünfte Hauptpflegeperson (20%) leistete die Pflegearbeit ganz allein, ohne sich auf informelle Netzwerke oder auf professionelle Leistungsanbieter abzustützen.

Interessant ist die Frage, inwiefern sich typische Konstellationen von Pflegearrangements wiederfinden lassen und wie sich die Einstufung, die schließlich die verfügbaren finanziellen Mittel definiert, auf den Einbezug von Hilfen auswirkt. Die Pflegestufe kann durch den darin sich widerspiegelnden höheren (körperlichen) Pflegebedarf auch die Inanspruchnahme von Unterstützung beeinflussen.

Wie [Tabelle 6](#) verdeutlicht, scheint die Nutzung hauswirtschaftlicher Unterstützung beim Putzen und der Essensversorgung von anderen Faktoren abhängig zu sein, da sich hier kein linearer Zusammenhang zur Höhe der Pflegestufe abbilden lässt. Hingegen werden vor allem formelle Hilfen wie ambulante Dienste oder im Haushalt lebende Hilfskräfte in den höheren Pflegestufen stärker beansprucht.

Die statistische Prüfung belegt diesen Zusammenhang: Je höher die Pflegestufe ist, desto stärker werden Pflegedienste ($U=-6,130$; $p<0,001$)⁹ oder im Haushalt lebende bezahlte Hilfskräfte in Anspruch genommen ($U=-6,245$; $p<0,001$). Umgekehrt bedeutet dies, dass die Haushalte ohne Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung insgesamt nur unterdurchschnittlich häufig bezahlte Unterstützungs- und Pflegedienste nutzen. Gerade die Be-

9 Der U-Test dient zur Überprüfung der Signifikanz der Übereinstimmung zweier Verteilungen, also ob zwei Verteilungen A und B zu derselben Grundgesamtheit gehören. Je kleiner der p-Wert (Signifikanzwert), desto eher kann vom Vorliegen einer Signifikanz ausgegangen werden.

Tabelle 6

Pflegearrangements nach Pflegestufen

	Ohne Pflege- stufe	Pflege- stufe „Null“	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III
Weitere Angehörige	48%	48%	48%	55%	54%
Freunde, Bekannte, Nachbarn	28%	31%	29%	36%	27%
Im Haushalt lebende Hilfskraft	4%	5%	7%	9%	22%
Pflegedienst	15%	21%	27%	42%	41%
Betreuungs- und Entlastungskraft	9%	16%	10%	8%	15%
Menüdienst	13%	21%	14%	22%	12%
Ehrenamt	2%	7%	5%	7%	7%
Putzkraft	31%	35%	36%	36%	33%

(n=1024, Mehrfachnennungen möglich)

schäftigung einer „osteuropäischen Hilfskraft“ wird nicht über Pflegesachleistungen abgedeckt und ist daher mit hohen Kosten für die privaten Haushalte verbunden. Insofern verwundert es nicht, dass diese Kräfte vor allem in Haushalten mit einer höheren Pflegestufe zu finden sind, in denen auf ein entsprechend höheres Pflegegeld zur Finanzierung dieser Leistungen zurückgegriffen werden kann.

Eine besondere Betrachtung verdient die Frage, inwiefern sich Pflegearrangements nach der Art des Verwandtschaftsverhältnisses unterscheiden – ob also die pflegenden Partnerinnen und Partner auf andere Hilfearrangements zurückgreifen als die Generation der pflegenden Kinder und Schwiegerkinder. Folgende Übersicht zeigt, welche Generation jeweils in welchem Umfang formelle bzw. informelle Helfer eingebunden hat:

Nutzung formeller und informeller Hilfen nach Generationen

	(Ehe-)Partner (n=457)	(Schwieger-)Kin- der (n=421)
	Nutzungsquote	Nutzungsquote
Weitere Angehörige	51%	53%
Freunde, Bekannte, Nachbarn	25%	31%
Pflegedienst	26%	33%
Im Haushalt lebende Hilfskraft	9%	13%
Putzkraft	35%	33%
Menüdienst	12%	20%
Ehrenamt	6%	7%
Betreuungs- und Entlastungskraft	10%	15%
Tagespflege*	11%	15%

*Für die Tagespflege liegt eine abweichende Anzahl der Nennungen für die Ehepartner (n=433) und die Kindergeneration (n=397) vor.

Die Daten zeigen, dass mit Ausnahme der Putzkraft die Generation der pflegenden Kinder bzw. Schwiegerkinder in einem stärkeren Ausmaß auf weitere Hilfen zurückgreift als die Generation der pflegenden Partnerinnen und Partner. Hier kann vermutet werden, dass die jüngere Generation eine höhere Bereitschaft aufweist, auch externe Akteure in das Pflegearrangement zu integrieren. Betrachtet man diejenigen Hauptpflegepersonen, die keine weiteren informellen oder formellen Hilfen in Anspruch nehmen, sind dort die pflegenden Ehepartner überdurchschnittlich stark vertreten (ohne Tabelle). Somit kann festgestellt werden, dass gerade die oftmals selbst betagten oder hochbetagten pflegenden (Ehe-)Partner in besonders starkem Maße die Hauptlast der Pflege tragen (vgl. Tabelle 4). Hier stellt sich die Frage, inwiefern gerade diese belastete und vulnerable Gruppe durch Hilfs- und Entlastungsangebote besser erreicht werden kann.

Berufstätige Hauptpflegepersonen stehen unter einer Doppelbelastung von Pflege und Betreuung einerseits und den Anforderungen der Erwerbstä-

Tabelle 8

Pflegearrangement nach Erwerbsstatus der Hauptpflegeperson

	Nicht berufstätig	Teilzeit	Vollzeit
Weitere Angehörige	51 %	52%	55%
Freunde, Bekannte, Nachbarn	29 %	29%	33%
Im Haushalt lebende Hilfskraft	10 %	13%	14%
Pflegedienst	29 %	35%	44%
Betreuungs- und Entlastungskraft	10 %	12%	13%
Menüdienst	13 %	15%	34%
Ehrenamt	6 %	6%	7%
Putzkraft	34 %	29%	38%
Tagespflege*	10 %	18%	19%

(n=951)

* Für die Tagespflege liegt eine abweichende Anzahl der Nennungen (n=899) vor.

tigkeit andererseits (vgl. Abschnitt 6.6). Dies wirkt sich auch in der Struktur der Pflegearrangements aus, für die Berufstätige die Verantwortung tragen: Vor allem bei den Vollzeit-Beschäftigten kommen weitere informelle Helfer wie auch formelle Anbieter stärker zum Einsatz als bei teilzeitbeschäftigten oder nicht berufstätigen Hauptpflegepersonen.

Tabelle 8 weist aus, zu welchen Anteilen jeweils Nicht-Berufstätige, Teilzeitbeschäftigte und Vollzeitbeschäftigte die verschiedenen Unterstützungsangebote nutzen. Besonders deutliche Differenzen zeigen sich beim Einsatz von Menüdiensten, aber auch bei der Inanspruchnahme von Pflegediensten oder der Nutzung von Tagespflege. Die Zahlen verweisen darauf, dass erwerbstätige Personen, die Pflegeverantwortung übernehmen, in besonderem Maße auf die Unterstützung professioneller Dienstleistungsanbieter angewiesen sind.

Hinsichtlich der Rolle der Hauptpflegeperson lässt sich resümierend feststellen, dass bei den betrachteten Pflegehaushalten fast immer *eine* Person die

Hauptverantwortung für die Bewältigung der Pflegebedürftigkeit übernommen hat. Diese Hauptpflegeperson war zum überwiegenden Teil weiblich, wenngleich auch Männer sich mit rund einem Drittel zunehmend solchen Aufgaben zu stellen scheinen. Im Durchschnitt sind die Hauptpflegepersonen selbst bereits rund 67 Jahre alt, wobei das höhere Alter vor allem auf den hohen Anteil pflegender Ehepartner zurückgeht, während sich pflegende Kinder meist noch im erwerbsfähigen Alter befinden. Neben den Ehepartnern übernehmen insbesondere die eigenen Töchter und Söhne die Verantwortung für die Pflege. Zu 70% leben Hauptpflegepersonen und Pflegebedürftige in einem Haushalt, darunter spielen Zweipersonenhaushalte eine große Rolle. Immerhin 30% der Pflegebedürftigen wohnen jedoch allein, was insbesondere für solche Personen mit einer dauerhaft erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz eine Herausforderung darstellt.

Mehr als ein Drittel der Hauptpflegepersonen schultert die umfangreichen Aufgaben zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit, ohne von weiteren Personen aus dem Kreis von Familie und Freunden unterstützt zu werden. Jede Fünfte Hauptpflegeperson ist sogar komplett auf sich allein gestellt, also ohne jedwede informelle oder professionelle Hilfe. Wenn Hilfen in Anspruch genommen werden, zeigen sich allerdings erkennbare Differenzen zwischen den Generationen: Pflegende (Schwieger-)Kinder sind eher dazu in der Lage oder dazu bereit, weitere Akteure in das Pflegearrangement einzubinden als pflegende Partnerinnen und Partner. Zudem sind Zusammenhänge zwischen der Hilfeannahme und der Höhe der Pflegestufe und der Berufstätigkeit der Hauptpflegeperson feststellbar.

6.2 Zeitlicher Aufwand der informellen und formellen Helfer

Neben der Struktur der häuslichen Pflegearrangements wurde im Rahmen der Befragung auch dargelegt, für welche Tätigkeiten die an der Pflege beteiligten Akteure wieviel Zeit einbringen. Ziel der Analyse war es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Aufgabebereiche der Pflege in besonderem Maße private Zeitaufwendungen erfordern und inwieweit diese Erfordernisse mit den in der Pflegeversicherung bisher berücksichtigten Bedarfen kongruent sind.

Zum Zeitaufwand für die Pflege sollte ein möglichst umfassendes Bild gewonnen werden, das nicht allein auf die Aktivitäten der körperlichen Grundpflege enggeführt wird, sondern möglichst alle Aktivitäten und Aufgaben einbezieht, die die Voraussetzung für eine stabile Versorgung in der ei-

genen Häuslichkeit schaffen. Daher wurden für die Erhebung zum einen die klassischen Grundpflegebereiche entlang der zum Zeitpunkt der Befragung gültigen SGB-XI-Kriterien in Hilfen zur Körperpflege, zur Ernährung, zur hauswirtschaftlichen Versorgung und zur Mobilität differenziert. Als Anhaltspunkte wurden die jeweiligen Verrichtungen entlang der gesetzlichen Vorgaben wie folgt operationalisiert: Körperpflege (Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasur, Darm- oder Blasenentleerung), Ernährung (mundgerechte Zubereitung und Aufnahme der Nahrung), Mobilität (Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppen steigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung), hauswirtschaftliche Versorgung (Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Waschen, Beheizen).¹⁰ Zum anderen wurden aber auch die Zeitbedarfe für die Betreuung und Beaufsichtigung (z. B. Hilfen zur Alltagsgestaltung, „nach dem Rechten schauen“), für die Begleitung zu Arztbesuchen bzw. ärztlich angeordneten Therapien, für die Organisation der Pflege und Unterstützung (z. B. Anträge ausfüllen, Post beantworten, Telefonate, Abstimmung mit anderen Helfern) sowie für Wegezeiten der Hauptpflegeperson abgefragt. Insgesamt sollte damit ein deutlich differenzierteres und „schärferes“ Bild des Zeitaufwandes als in bisher vorliegenden Studien gewonnen werden.

Für die verschiedenen Unterstützungsbereiche wurde der zeitliche Aufwand der Hauptpflegepersonen, der beteiligten weiteren Angehörigen, der Freunde, Bekannten und Nachbarn sowie der im Haushalt lebenden bezahlten Hilfskräfte differenziert erfasst. Bei anderen Gruppen, wie z. B. den Betreuungskräften nach § 45b SGB XI oder bei ehrenamtlichen Besuchsdiensten, war eine solche Differenzierung jedoch nicht nötig, weil deren Tätigkeitsprofil sich ausschließlich auf den Bereich der sozialen Betreuung beschränkt. Der Zeiteinsatz wurde als eine Abschätzung des jeweiligen Aufwands in Stunden pro Woche erfasst, um eine Ungleichverteilung über die einzelnen Wochentage ausgleichen zu können. Erst in einem zweiten Schritt wurde dann ein durchschnittlicher täglicher Zeitaufwand errechnet. Die Zeitaufwendungen der Hauptpflegepersonen stehen zunächst im Zentrum der Betrachtung.

¹⁰ Eine Herausforderung besteht darin, dass die Aufwendungen nicht immer trennscharf von denjenigen zu unterscheiden sind, die im Rahmen der alltäglichen Lebensführung anfallen. Dies gilt z. B. für die hauswirtschaftliche Unterstützung durch Putzkräfte, die auch von vielen Haushalten ohne pflegebedürftige Bewohner genutzt wird. Dennoch haben hauswirtschaftliche Unterstützungsleistungen für Pflegegehäushalte eine besondere Relevanz und sie stellen deshalb auch in der Bedarfsermittlung für die Leistungen der Pflegeversicherung ein wichtiges Kriterium dar.

Zeitaufwendungen der Hauptpflegeperson nach Tätigkeitsbereichen und nach Pflegestufen in Stunden pro Woche (Mittelwert)

Pflegestufe	Körperpflege	Ernährung	Mobilität	Hauswirtschaft	Arztbesuche	Organisation	Betreuung	Wegezeiten	Gesamt Woche	Gesamt Tag
Gesamt (n=953)	7,7	5,2	5,6	13,0	1,4	2,0	16,5	3,0	54,6	7,8
keine Pflegestufe (n=65)	3,3	1,5	3,3	9,9	1,3	1,5	8,0	2,7	31,3	4,5
Pflegestufe „Null“, (n=139)	2,3	1,4	2,1	12,0	1,4	1,7	15,2	3,0	39,0	5,6
Pflegestufe I, (n=255)	6,5	3,1	4,9	12,7	2,0	1,9	12,5	3,0	46,6	6,7
Pflegestufe II, (n=233)	8,9	5,9	6,9	12,7	1,4	2,2	14,7	3,1	55,7	8,0
Pflegestufe III, (n=261)	11,6	9,8	7,6	15,0	1,0	2,4	25,0	3,0	75,6	10,8

Die größten Zeitaufwendungen ergaben sich für die Hauptpflegepersonen mit durchschnittlich über 16 Stunden pro Woche im Bereich der Betreuung und Beaufsichtigung der Pflegebedürftigen. Die hier einzubringende Zeit lag z. B. deutlich über den Einsätzen, die für die klassischen grundpflegerischen Tätigkeiten im Bereich von Körperpflege und Ernährung benötigt wurden. Die hauswirtschaftliche Versorgung, die aufgrund der Pflegebedürftigkeit nicht mehr selbst ausgeführt werden kann, war mit rund 13 Stunden an zweiter und der Aufwand für die Körperpflege erst an dritter Stelle, gefolgt von

den Hilfen zur Mobilität und bei der Ernährung. Für die Begleitung bei Arztbesuchen bzw. ärztlich angeordneten Therapien außer Haus waren im Schnitt immerhin 1,4 Stunden in der Woche gebunden. Ein bisher wenig beachteter Aspekt, nämlich die Organisation der Pflege und Unterstützung verursachte zudem einen nicht zu vernachlässigenden wöchentlichen Zeitaufwand von durchschnittlich zwei Stunden. Schließlich fielen rund drei Stunden in der Woche als Wegezeiten ins Gewicht, die die Hauptpflegepersonen im Rahmen ihrer Unterstützungsarbeit in Kauf nehmen mussten. Nimmt man die Aufwendungen für Betreuungsleistungen und hauswirtschaftliche Hilfen zusammen, machen diese mit rund 54% mehr als die Hälfte der gesamten Zeitaufwendungen der Hauptpflegepersonen aus.

In der Betrachtung des Aufwands nach den Pflegestufen wird deutlich, dass die Zeitaufwendungen der Hauptpflegeperson noch deutlich über die oben zusammengetragenen Durchschnittswerte hinausgehen können:

Die Daten zeigen, dass auch in den Haushalten, denen bisher keine Pflegestufe zugeteilt wurde, ein erheblicher Zeitaufwand, nämlich viereinhalb Stunden täglich, für die Bewältigung von Pflegeerfordernissen entsteht – insbesondere im hauswirtschaftlichen Bereich und bei der Betreuung der zu pflegenden Personen. Dieser Befund ist ein Indikator dafür, dass bei der bisherigen, bis Ende 2016 bestehenden Praxis der Feststellung von Pflegebedürftigkeit ein Teil der realen Pflegeaufwendungen nicht hinreichend erfasst wird.

Es überrascht darüber hinaus wenig, dass sich in fast allen Unterstützungsbereichen die jeweiligen Zeitaufwendungen von Pflegestufe I bis III vergrößern. Vor allem in den Bereichen der Grundpflege und der Ernährung differiert der Zeitaufwand stark zwischen den einzelnen Pflegestufen. In der Einstufungssystematik der Pflegeversicherung vor Einführung des PSG II waren für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit die Zeitaufwendungen in diesen Bereichen maßgeblich. Allein bei den Wegezeiten blieb der Zeitbedarf zwischen den Pflegestufen I bis III relativ stabil. Dies spricht dafür, dass die zurückzulegenden Entfernungen unabhängig von der Pflegestufe konstant bleiben und sich nicht mit dem Pflegebedarf verändern. Der Aufwand für die Begleitung zu Arztbesuchen hat sich von Pflegestufe I (rund zwei Stunden/Woche) bis zur Pflegestufe III mit einer Stunde halbiert. Es ist davon auszugehen, dass bei stärkerer Pflegebedürftigkeit häufiger ärztliche Hausbesuche stattfinden.

Nicht linear aufsteigende Verläufe nahmen die Zeitaufwendungen bei denjenigen Personen, deren Pflegeantrag abgelehnt wurde oder die in „Pflegestufe Null“ eingruppiert waren. Denn nicht in allen Hilfebereichen war der zu erbringende Zeitaufwand für diese Gruppen automatisch niedriger als

bei höher eingestuften Personen. Dies betraf z. B. in besonderem Maße Betreuungsaufgaben sowie die hauswirtschaftlichen Hilfen, bei denen Personen in der „Pflegestufe Null“ einen ähnlichen oder teilweise sogar höheren Unterstützungsbedarf aufwiesen als Personen in den Pflegestufen I bis III. Auch bei den Wegezeiten und bei der Organisation von Hilfen war die Unterstützung für diese Gruppen mit vermeintlich leichteren Einschränkungen nicht unbedingt weniger zeitintensiv. Die klassischen grundpflegerischen Leistungskomponenten lagen bei Personen ohne Pflegestufe oder mit der „Pflegestufe Null“ jedoch teilweise deutlich unterhalb der Angaben für die Pflegestufen I bis III. Hierin spiegeln sich die alten Begutachtungsrichtlinien für die Pflegeeinstufung, nach denen bestimmte Hilfebedarfe etwa in der Betreuung weniger „honoriert“ wurden als in der Körperpflege.

Die differenzierte Erfassung aller zeitlichen Aufwendungen für die Pflege zeigt, welche Leistungen allein die Hauptpflegepersonen in die Pflege einbringen: In der Summe sind sie wöchentlich deutlich mehr als 50 Stunden mit der Pflege und mit der Organisation des Pflegearrangements beschäftigt. Dies entspricht dem Arbeitszeitvolumen eines Vollzeit-Arbeitstages – an sieben Tagen in der Woche! Durch die feingliedrige Abfrage der verschiedenen Aktivitäten, die in die Pflege, Betreuung, hauswirtschaftliche Hilfe und in das „Management“ des Pflegealltags eingehen, wird das Ausmaß der Zeitbedarfe für die häusliche Pflege erst in vollem Umfang deutlich – möglicherweise werden die Zeitanteile bei weniger differenzierten Abschätzungen tendenziell unterschätzt. „Pflege“ umfasst in der Realität weit mehr als die direkte Unterstützung eines Menschen und die unmittelbare Interaktion. Sie umfasst ebenso die vielfältigen alltagsbezogenen Organisationsaufgaben, um das Verbleiben in der Häuslichkeit sicherzustellen, oder schlicht die Präsenz und Ansprechbarkeit innerhalb der Wohnung mit der Bereitschaft, jederzeit betruerische oder grundpflegerische Aufgaben zu übernehmen.

Um den gesamten Zeitaufwand für die Bewältigung der Pflegebedürftigkeit vollständig abbilden zu können, müssen jedoch auch die Aufwendungen der weiteren informellen und formellen Akteure des Pflegearrangements erfasst werden. Hierzu wurde der zeitliche Einsatz weiterer Angehöriger sowie von Freunden oder Nachbarn für die einzelnen Tätigkeitsbereiche wie in [Tabelle 10](#) dargestellt analysiert.

Neben den Hauptpflegepersonen waren in über der Hälfte der Fälle auch weitere Angehörige in das Pflegearrangement involviert. Wie [Tabelle 11](#) verdeutlicht, waren diese Angehörigen jedoch deutlich weniger zeitlich eingebunden. Wenn weitere Angehörige eingebunden waren, floss analog zu den Tätigkeiten der Hauptpflegepersonen die meiste Zeit in Betreuung und Be-

Tabelle 10

**Zeitaufwendungen informelle Helferinnen und Helfer in Stunden pro Woche
(Mittelwert)**

	Körperpflege	Ernährung	Mobilität	Hauswirtschaft	Arztbesuche	Organisation	Betreuung	Wegezeiten	Gesamt Woche	Gesamt Tag
Weitere Angehörige (n=470)	1,1	1,0	1,0	2,4	0,4	0,7	3,4	1,4	11,4	1,6
Freunde, Nachbarn (n=179)	0,8	0,5	0,8	2,2	0,3	0,3	4,3	1,4	10,6	1,5

aufsichtigung sowie in hauswirtschaftliche Unterstützung. Hilfeleistungen in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität erforderten durchschnittlich jeweils rund eine Stunde Zeit in der Woche. Die Gesamtsumme aller Zeitaufwendungen betrug bei den weiteren Angehörigen 11,4 Wochenstunden (gewichtet 10,7¹¹), was einer täglichen Zeitbelastung von 1,6 Stunden bzw. rund 100 Minuten entspricht (gewichtet 1,5 Stunden). Dabei umfasste die Kategorie „weitere Angehörige“ teilweise auch mehrere Personen, die die Aufgaben arbeitsteilig wahrnahmen.

In rund 30% der Pflegehaushalte waren zudem Freunde, Bekannte und Nachbarn in das Pflegearrangement eingebunden. Wenn diese Gruppe informeller Helfer beteiligt war, brachte sie sich zeitlich in einem ähnlichen Rahmen wie die weiteren Angehörigen in die Versorgung ein. Wie bei den Hauptpflegepersonen und den weiteren Angehörigen flossen die meisten Zeiteile in die Betreuung und Beaufsichtigung sowie in die hauswirtschaftliche Versorgung der Pflegebedürftigen. Insgesamt kam die Gruppe der Freunde, Bekannten und Nachbarn auf durchschnittlich 10,6 Wochenstunden

11 Der gewichtete Wert dient dazu, die durchschnittlichen Aufwendungen in der Stichprobe hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Pflegebedürftigen darstellen zu können (vgl. Abschnitt 8.4).

**Zeitaufwendungen von zum Einsatz kommenden formellen Hilfeanbietern
(Mittelwert)**

Zeitaufwendungen in Stunden	Gesamt Woche	Gesamt Tag
Pflegedienst (n=304)	8,4	1,2
Im Haushalt lebende Hilfskraft (n=61)	69,0	9,9
Putzkraft (n=226)	3,3	0,5
Betreuungs- und Entlastungskraft (n=70)	4,4	0,6
Ehrenamtliche (n=34)	3,6	0,5

den (gewichtet 7,3) zeitlichen Einsatz, was einem Aufwand von 90 Minuten pro Tag entspricht (gewichtet 1,0 Stunden).

Diese Daten zum Zeiteinsatz für die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit belegen das außerordentliche Engagement, das Angehörige und weitere informelle Helferinnen und Helfer in die Pflege einbringen. Neben den informellen Helfern bringen auch formelle Helfer ihre Leistungen in die Versorgung der Pflegebedürftigen ein. Dabei werden hier nur diejenigen Akteure betrachtet, die ihre Zeitaufwendungen innerhalb des Pflegehaushalts erbringen.

Ambulante Pflegedienste und Hauswirtschaftskräfte waren mit jeweils rund einem Drittel der Haushalte diejenigen Hilfsangebote, die von den Pflegebedürftigen am häufigsten in Anspruch genommen wurden (vgl. Abschnitt 6.1). Waren ambulante Dienste beteiligt, verbrachten sie durchschnittlich 1,2 Stunden am Tag mit pflegerischen Verrichtungen, während der Einsatz von Putzkräften im Mittel eine halbe Stunde täglich umfasste¹². Die Zeitaufwendungen des Pflegedienstes stiegen von Personen ohne Pflegestufe mit einem täglichen Aufwand von 0,4 Stunden bis zur Pflegestufe III mit 1,7 Stunden linear an. Die Zeiteile, die Hauswirtschaftskräfte in den Pflegehaushalten einbrachten, waren unabhängig von der Pflegestufe fast identisch (ohne Tabelle).

¹² Der Mittelwert darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass Putzkräfte zumeist nicht täglich, sondern ein bis zwei Mal in der Woche in den Pflegehaushalt kommen.

In fast 11% der befragten Pflegehaushalte wurden im Haushalt lebende „osteuropäische Hilfskräfte“ eingesetzt (vgl. [Abschnitt 6.1](#)). Nach den Befragungsergebnissen stehen diese Kräfte unter einer extremen Arbeitszeitbelastung: Sie benötigten täglich im Durchschnitt rund zehn Stunden Zeit für Pflege- und Betreuungsaufgaben und waren damit zeitlich stärker in die Pflege eingebunden als die Hauptpflegepersonen (zur ausführlichen Diskussion dieses Versorgungsmodells vgl. [Abschnitt 6.7](#)).

Wenn Betreuungs- und Entlastungskräfte nach § 45b SGB XI eingesetzt waren, was in etwa jedem zehnten Haushalt der Fall war, verbrachten diese mit 0,6 Stunden durchschnittlich knapp 40 Minuten im Pflegehaushalt. Es ist davon auszugehen, dass diese Kräfte in der Praxis nicht täglich zu Besuch kommen. Personen ohne Pflegeeinstufung nutzten diese Entlastungsmöglichkeit nahezu gar nicht (n=1), wohl weil diese im Gegensatz zu den eingestufteten Personen keine finanzielle Unterstützung von der Pflegeversicherung dafür erhielten. Die vergleichsweise geringe Inanspruchnahme dieser Hilfen lässt darauf schließen, dass die gesetzlichen Möglichkeiten zur Betreuung und Entlastung nicht in vollem Maße ausgeschöpft werden (vgl. [Abschnitt 6.5](#)). Noch seltener wurde das Pflegearrangement durch Ehrenamtliche, z. B. aus Kirchengemeinden, unterstützt. Wenn ehrenamtliche Helfer Besuchsdienste durchführten, dauerten diese rund eine halbe Stunde täglich.

Die Aufschlüsselung der Zeitaufwendungen verdeutlicht die für die häusliche Versorgung erbrachten Leistungen der unterschiedlichen informellen und formellen Helfer. Sie schärft überdies den Blick dafür, wie differenziert und individuell zugeschnitten Pflegearrangements gestaltet sind. Es wurde deutlich, dass Hauptpflegepersonen, aber auch „osteuropäische Hilfskräfte“ durch die Pflege offenbar zeitlich stark gebunden werden, so dass sich Überforderungssituationen einstellen können. Bei der Beschäftigung der im Haushalt lebenden Hilfskräfte deuten sich zudem arbeitsrechtliche Probleme hinsichtlich der Arbeitszeitbelastung an (vgl. [Abschnitt 6.7](#)). Professionelle Hilfen werden insgesamt nur von einer Minderheit der befragten Haushalte in Anspruch genommen. Die Schwierigkeiten, professionelle Hilfen in die Pflegearrangements einzubinden, werden in [Abschnitt 6.5](#) diskutiert.

Die Ergebnisse haben darüber hinaus verdeutlicht, in welchen Unterstützungsbereichen gerade informelle Helfer besonders gefordert sind. Dabei handelt es sich insbesondere um Hilfestellungen jenseits der klassischen Grundpflege, wie z. B. Betreuung, für die offenbar ein hoher Bedarf besteht, der über die Finanzierungsstruktur vor Inkrafttreten des PSG II jedoch nicht ausreichend abgedeckt war. Auch hauswirtschaftliche Hilfen sind, wie die Ergebnisse nahelegen, häufig notwendig und müssen zugekauft und/oder von

den informellen Helfern mit einem nicht unerheblichen Zeitaufwand selbst erbracht werden. In diese Lücke stoßen die „osteuropäischen Hilfskräfte“, deren Tätigkeitsprofil genau in diesen Bereichen angesiedelt ist und die diese Leistungen im Vergleich zu professionellen Dienstleistern zu einem geringeren Preis anbieten. In der Praxis stellen diese Kräfte einen zwar noch kleinen, aber mittlerweile unübersehbaren Baustein in der häuslichen Versorgung dar. Mit Blick auf die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen und insbesondere der Demenzkranken mit ihrem hohen Betreuungsaufwand dürften die im Haushalt lebenden Hilfskräfte zukünftig weiter an Relevanz gewinnen.

6.3 Finanzielle Aufwendungen der Haushalte

Die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen erfordert nicht nur einen zeitlichen Einsatz, sondern auch erhebliche finanzielle Ressourcen. Analog zu den Zeitaufwendungen wurde im Rahmen der Befragung erfasst, welche privaten Kosten den Pflegehaushalten durch die Pflegebedürftigkeit entstanden sind. Dabei wurde unterschieden zwischen Kosten für Hilfestellungen durch das informelle Unterstützungssystem (Hauptpflegeperson, weitere Angehörige sowie Freunde, Bekannte und Nachbarn) und Kosten für regelmäßige professionelle Dienstleistungen in der Häuslichkeit und für Aufenthalte in der Tagespflege. In der folgenden Darstellung sind diese Aufwendungen nach Pflegestufen aufgeschlüsselt. Dies ermöglicht zu erfassen, welchen Einfluss die Pflegeeinstufung auf die finanziellen Aufwendungen der Pflegehaushalte hatte und ob sich ggf. die Kosten mit steigender Pflegestufe erhöht haben. Neben den pflegebedingten Aufwendungen wurden zudem Informationen zu weiteren Kosten, z. B. für medizinische Leistungen oder Fahrdienste, erfragt.

Die folgenden Aufstellungen beziehen sich jeweils auf eine Schätzung der anfallenden Kosten pro Monat. Dabei wurden die Befragten ausdrücklich darauf hingewiesen, dass alle Kosten bzw. Kostenanteile gemeint waren, die vom Haushaltseinkommen (also auch vom Pflegegeld) finanziert werden mussten und die nicht von der Pflegeversicherung als Pflegesachleistung oder z. B. im Rahmen der Verhinderungspflege übernommen wurden.

Nur ein Fünftel der Hauptpflegepersonen hat finanzielle Zuwendungen für Aufwandsentschädigungen, Fahrkosten etc. erhalten. Für die entsprechenden Pflegehaushalte ergaben sich durchschnittlich rund 230 Euro monatliche Kosten für die Hauptpflegeperson. Bereits bei Personen ohne eine bewilligte Pflegestufe fielen knapp 80 Euro monatlich an. Jedoch ist dies der

Tabelle 12

**Kosten pro Monat für die informellen Akteure im Pflegearrangement,
nach Pflegestufen**

	Hauptpflege- personen (n=193)	Weitere Angehörige (n=517)	Freunde, Bekannte (n=304)
	MW in Euro	MW in Euro	MW in Euro
Gesamt	229	60	58
keine Pflegestufe	78	49	39
„Pflegestufe Null“	186	45	22
Pflegestufe I	205	38	44
Pflegestufe II	184	58	78
Pflegestufe III	419	93	79

mit Abstand geringste Wert, und nur sehr wenige Personen aus dieser Gruppe haben eine Zuwendung erhalten. Es kann vermutet werden, dass Hauptpflegepersonen auf Aufwandsentschädigungen verzichten, wenn die Pflegehaushalte über kein Pflegegeld verfügen, mit dem sie diese finanzieren könnten. Im Gegensatz dazu war ein starker Anstieg der Aufwendungen für die Hauptpflegepersonen für Pflegebedürftige mit der Pflegestufe III zu verzeichnen. Die Kosten in den Pflegestufen „Null“ bis II bewegten sich auf einem annähernd ähnlichen Niveau. Dies spricht dafür, dass die Aufwendungen der Hauptpflegepersonen bei Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und ohne gravierendere körperliche Einschränkungen vergleichsweise hoch sind, z. B. durch Fahrtkosten, die aufgrund der Betreuungs- und Beaufsichtigungserfordernisse entstehen.

Wenn neben der Hauptpflegeperson weitere Angehörige in die Versorgung einbezogen waren, entstanden dafür durchschnittliche Kosten von rund 60 Euro pro Monat (gewichtet 46 Euro). Während die Aufwendungen für die weiteren Verwandten von Pflegestufe I bis III linear anstiegen, lagen die Kosten in „Pflegestufe Null“ sowie bei Personen ohne Pflegeeinstufung über den Kosten, die für Pflegebedürftige in Pflegestufe I angegeben wurden. Dies bedeutet eine höhere finanzielle Belastung, weil für diese Gruppen kein bzw. kaum Pflegegeld zur Verfügung steht.

Mit durchschnittlich 58 Euro pro Monat (gewichtet 55 Euro) fielen weitere Kosten ins Gewicht, wenn Freunde, Nachbarn und Bekannte die Pflegebedürftigen unterstützten. Damit sind die Kosten in etwa gleich hoch wie die Aufwendungen für weitere Angehörige. Dies könnte dafür sprechen, dass weitere Angehörige sowie Freunde, Nachbarn und Bekannte in den Pflegehaushalten für ähnliche Aufgaben eingesetzt und honoriert werden, zumal die Zeitaufwendungen dieser beiden Gruppen in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen Ähnlichkeiten aufweisen (vgl. Abschnitt 6.2). Freunde, Nachbarn und Bekannte entlasten somit die Angehörigen bei den zu leistenden Arbeiten zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit oder sie übernehmen bestimmte Aufgaben, wenn weitere Angehörige nicht zur Verfügung stehen.

Im Hinblick auf die Kosten für professionelle Dienstleistungen ist zunächst zu erläutern, wie solche Aufwendungen zustande kommen. Durch die Pflegeversicherung können Sachleistungen finanziert werden, wenn Angehörige Unterstützung durch zugelassene professionelle Pflegedienstleister in Anspruch nehmen. Dies gilt z. B. für den Einsatz von Pflegekräften aus ambulanten Diensten oder von dort beschäftigten Betreuungs- und Entlastungskräften sowie für den Aufenthalt in einer Tagespflegeeinrichtung. Es fallen im Rahmen des Teilleistungsprinzips der Pflegeversicherung jedoch dennoch Kosten für die Pflegehaushalte an. Dies betrifft zum einen notwendige Zahlungen für Investitionskosten der professionellen Dienstleister, für Unterkunft und Verpflegung in Tagespflegeeinrichtungen (so genannte „Hotelkosten“) und ggf. anfallende Fahrtkosten. Zum anderen entstehen dann Kosten, wenn die Inanspruchnahme der Dienstleister zeitlich das zur Verfügung stehende Sachleistungsbudget nach SGB XI überschreitet. Während die Höhe der Investitions- und „Hotelkosten“ nicht von der Pflegestufe abhängt, stehen in den Pflegestufen I bis III in unterschiedlichem Maße finanzielle Mittel zum „Einkauf“ von Sachleistungen zur Verfügung (zum Zeitpunkt der Befragung z. B. für Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz 468, 1.144 bzw. 1.612 Euro).

Seit Inkrafttreten des PSG I in 2015 besteht auch für die Tagespflege ein eigenes Sachleistungsbudget unabhängig von der ambulanten Pflege, so dass seit 2015 keine Anrechnung mehr auf die Leistungsbeträge der ambulanten Sachleistung erfolgt. Versicherte können demnach nochmals die gleichen Finanzmittel für Tagespflege nutzen, die für ambulante Pflegesachleistungen zur Verfügung stehen. Für Betreuungsleistungen durch anerkannte Kräfte konnten zum Zeitpunkt der Befragung zudem in „Pflegestufe Null“ Beträge von 104 bzw. 208 Euro abgerufen werden. Personen, deren Antrag auf Pflege-

Tabelle 13

Kosten für professionelle Pflege- und Betreuungsdienstleister pro Monat

	Pflegedienst (n=254)	Tagespflege (n=121)	Betreuungskraft (n=59)
	MW in Euro	MW in Euro	MW in Euro
Gesamt	208	302	137
keine Pflegestufe	66	*	*
„Pflegestufe Null“	72	278	241
Pflegestufe I	126	279	69
Pflegestufe II	261	269	137
Pflegestufe III	269	344	140

*zu geringe Fallzahlen

einstufung abgelehnt war, verfügten über keinerlei Sachleistungsansprüche. Es handelte sich bei dieser Gruppe demnach um reine Selbstzahler.

Weitere private Aufwendungen resultieren aus Leistungsbereichen, die nicht über das SGB XI abgedeckt sind. Zu nennen sind z. B. Verrichtungen von Personen oder Dienstleistern, die über keine Zulassung bei der zuständigen Pflegekasse verfügen, was z. B. auf private Haushaltshilfen oder „osteuropäische Hilfskräfte“ zutrifft. Zudem werden solche Hilfen nicht finanziert, die einen engen Zusammenhang zur allgemeinen Lebensführung aufweisen, wie etwa die Unterstützung durch einen Menüdienst, wenn das selbständige Kochen nicht mehr möglich ist.

Ambulante Pflegedienste wurden von rund einem Drittel aller befragten Haushalte genutzt.¹³ Sie bilden damit die am häufigsten genutzte professionelle Dienstleistung. Von den Nutzern der ambulanten Dienste waren monatliche Zusatzkosten von durchschnittlich rund 208 Euro aufzubringen (gewichtet 169 Euro). Dabei brachten mit 261 bzw. 269 Euro insbesondere solche

13 Die in den [Tabelle 13](#) bis [Tabelle 18](#) genannten Häufigkeiten (n) beziehen sich auf die Zahl der Nennungen, in denen Angaben zu den *Kosten* gemacht wurden. Sie geben nicht notwendigerweise exakte Aussagen zur Häufigkeit der Nutzung ([vgl. Abschnitt 6.1](#))

Pflegehaushalte besonders hohe Aufwendungen ein, in denen Pflegebedürftige der Pflegestufen II und III versorgt wurden. Auch Personen ohne Pflegeeinstufung beanspruchten in Ausnahmefällen bereits ambulante Dienste und bezahlten dafür durchschnittlich rund 66 Euro im Monat. Anders als bei den informellen Hilfen stieg der Ressourceneinsatz für ambulante Dienste linear mit der Pflegestufe an.

Wie in [Abschnitt 6.1](#) dargestellt, nutzten rund 12% der befragten Haushalte eine Tagespflegeeinrichtung, in der die Pflegebedürftigen, legt man eine Fünf-Tage-Woche zu Grunde, durchschnittlich vier Stunden täglich betreut wurden. Für diese Leistung wurden im Mittel rund 300 Euro an privaten Kosten aufgebracht. Personen ohne Pflegestufe nutzten in keinem Fall die Tagespflege. Ansonsten sind die anfallenden Aufwendungen in den „Pflegestufen Null“ bis II vergleichbar, während diese in der Pflegestufe III deutlich höher ausfallen. Wie bei den ambulanten Diensten scheinen hier mit steigendem Pflegebedarf auch mehr Kosten anzufallen. Es ist zu vermuten, dass die Tagespflege bei Pflegebedürftigen der Stufe III an mehr Tagen genutzt wird, auch wenn dies dann die Sachleistungsgrenze übersteigt und zur privaten Mitfinanzierung führt.

Für Betreuungs- und Entlastungskräfte, die bei zugelassenen Diensten angestellt sind, wurden zum Erhebungszeitpunkt je nach Schweregrad der Einschränkung von Alltagskompetenz Mittel in Höhe von 104 bzw. 208 Euro von der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt. Diese Leistungen werden jedoch offenbar nur in Anspruch genommen, wenn es dafür im Pflegehaushalt ein über die Pflegeversicherung refinanzierbares „Budget“ gibt. So ist zu erklären, warum nur ein Pflegebedürftiger ohne Anspruchsberechtigung diese Leistung genutzt hatte. Mit 240 Euro lagen die meisten Zuzahlungen bei

Tabelle 14

Kosten für im Haushalt lebende Hilfskraft nach Pflegestufen pro Monat

	MW in Euro	n
Keine Pflegestufe	Keine Angabe	3
„Pflegestufe Null“	1502	5
Pflegestufe I	1707	8
Pflegestufe II	1923	12
Pflegestufe III	1813	38
Durchschnittlicher Aufwand	1796	63

Personen der „Pflegestufe Null“, bei denen die Betreuung und Beaufsichtigung im Mittelpunkt der Hilfebedarfe steht. Während die Aufwendungen für Personen in den Pflegestufen II und III sich nahe am Durchschnittswert von 137 Euro bewegten, lagen die niedrigsten Ausgaben in diesem Bereich bei Pflegebedürftigen der Stufe I.

Die Gesamtkosten, die für den Einsatz einer im Haushalt lebenden „ost-europäischen Hilfskraft“ anfielen, wurden im Fragebogen differenziert erfasst. Sie umfassten neben dem Arbeitslohn die Fahrtkosten, Aufwendungen für Verpflegung, besondere Zuwendungen wie Geldgeschenke oder Finanzierung von Heimfahrten sowie zusätzliche Kosten für die räumliche Unterbringung oder Mindereinnahmen durch entgangene Mieteinnahmen.

Die erheblichen finanziellen Kosten sind aufgrund der fehlenden Zulassung dieser Kräfte durch die Pflegekassen komplett privat zu bezahlen. Es können keinerlei Sachleistungen dafür veranschlagt werden und nur ein Teil der Kosten kann über das Pflegegeld finanziert werden (vgl. Abschnitt 6.7). So ist nicht verwunderlich, dass solche Kräfte vor allem bei Personen in Pflegestufe III zum Einsatz kamen, weil hier das meiste Pflegegeld zur Verfügung stand. Analog dazu wurde diese Hilfeform vergleichsweise seltener genutzt, je niedriger die Pflegeeinstufung war.

Auch Putzkräfte, die privat engagiert und bezahlt werden, fallen aus dem Sachleistungsbezug heraus. Immerhin werden im Durchschnitt rund 120 Euro monatlich für Putzkräfte aufgebracht, obwohl in den hauswirtschaftlichen Bereich bereits viele eigene Zeiteile von informellen Helfern eingehen (vgl. Abschnitt 6.2). Kann das Essen, insbesondere die Hauptmahlzeiten,

Tabelle 15

Kosten weiterer Dienstleister nach Pflegestufen pro Monat

	Putzkraft (n=223)	Menüdienst (n=106)
	MW in Euro	MW in Euro
keine Pflegestufe	122	156
„Pflegestufe Null“	137	130
Pflegestufe I	104	143
Pflegestufe II	128	137
Pflegestufe III	128	123
Durchschnittlicher Aufwand	121	136

nicht mehr selbst zubereitet werden, so muss ein Menüdienst in Anspruch genommen werden. Bei den Haushalten, die diese Leistung nutzten, betrug die entsprechenden Kosten im Mittelwert rund 136 Euro pro Monat. Im Schwerpunkt wurde diese Unterstützung von Pflegebedürftigen der Stufen I und II beansprucht, die dann Zuzahlungen annähernd des Mittelwerts aufbrachten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass für die informelle und professionelle Unterstützung zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit in erheblichem Maße private Zufinanzierungen geleistet werden. Diese hängen zum einen vom individuellen Pflegearrangement ab, etwa davon, wie stark sich die Hauptpflegepersonen oder andere informelle Helfer durch Unterstützungsleistungen einbringen können oder wollen. Zudem sind Zusammenhänge mit den Strukturvorgaben der Pflegeversicherung zu erkennen. Dies ist z. B. der Fall, wenn Kosten für solche Dienstleistungen zu tragen sind, die nicht als Sachleistung von der Pflegeversicherung bezuschusst werden, wie z. B. im Fall „osteuropäischer Hilfskräfte“. Zum anderen wird deutlich, dass die Pflegeeinstufung und damit die Begutachtungssystematik auch die Kosten für den Bezug von Sachleistungen negativ beeinflusst, etwa wenn in „Pflegestufe Null“ oder bei Personen mit abgelehnten Anträgen mehr Eigenanteile für Betreuungsleistungen aufzubringen sind. Umgekehrt scheinen in Pflegestufe III solche Zuzahlungen an Gewicht zu gewinnen, die durch eine Überschreitung des zur Verfügung stehenden Sachleistungsvolumens entstehen. Auf weitere Variablen, die die Kostenbelastung von Pflegehaushalten beeinflussen, wird in [Abschnitt 6.4](#) eingegangen.

Weitere Kosten

Neben den Kosten, die im Zusammenhang mit dem Einsatz informeller Helferinnen und Helfer oder professioneller Unterstützungsangebote entstehen, können für die Pflegehaushalte zusätzliche Kosten für Pflegehilfsmittel, für Fußpflege, für Zuzahlungen zu medizinisch verordneten Therapien und Medikamenten sowie für Krankentransporte und pflegebedingte Umbaumaßnahmen anfallen.

Gemäß dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“, der in §31 SGB XI verankert wurde, ist der Nutzen therapeutischer Interventionen auch bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit unumstritten. Die im SGB XI geregelten Zuzahlungen für die medizinisch verordneten Therapien stellen jedoch einen weiteren Kostenpunkt dar. So führte die Inanspruchnahme von Physiotherapie zu durchschnittlichen Kosten von 39 Euro (gewichtet: 36 Euro) pro Monat. Während die Kosten bei Personen ohne Pflegestufe sowie bei

Tabelle 16

Kosten für Heilmittel und Fußpflege nach Pflegestufen pro Monat

	Physiotherapie (n=191)	Ergotherapie (n=58)	Fußpflege (n=667)
	MW in Euro	MW in Euro	MW in Euro
Gesamt	39	56	27
keine Pflegestufe	38	21	22
„Pflegestufe Null“	23	111	23
Pflegestufe I	37	37	23
Pflegestufe II	38	33	34
Pflegestufe III	44	70	27

Pflegebedürftigen der Stufen I und II dem Mittelwert entsprachen, stiegen die Zuzahlungen in Pflegestufe III auf rund 44 Euro im Monat an.

Die Wirksamkeit von Ergotherapie wird insbesondere für Menschen mit Demenz hoch bewertet (Korcak/Habermann/Braz 2013). Dennoch wird die Ergotherapie noch sehr selten verordnet und auch im Sample von nur ca. 6% der befragten Haushalte genutzt. Erwartungsgemäß waren mit rund 110 Euro im Monat Pflegebedürftige der Stufe 0 deutlich höher belastet als die anderen Befragten. Neben den Personen aus „Pflegestufe Null“ spielte die Ergotherapie auch bei Pflegebedürftigen der Stufe III eine überdurchschnittliche finanzielle Rolle.

Die Fußpflege, die eine wichtige präventive Funktion erfüllt, wird nicht über die Sozialversicherungsträger bezuschusst. Die entstehenden Kosten müssen demnach voll selbst finanziert werden. Dennoch nahm mit 667 Personen (65%) ein Großteil der Befragten Fußpflege in Anspruch, scheinbar weil diese für die Pflegehaushalte trotz der Kosten unverzichtbar erscheint. Für Fußpflege mussten im Monat durchschnittlich rund 27 Euro bezahlt werden.

In 64% der befragten Haushalte fielen zusätzliche Kosten für Pflegehilfsmittel an, die zum Verbrauch bestimmt sind, z. B. Inkontinenzeinlagen, Hände- und Flächendesinfektionsmittel, Schutzbekleidung usw. Für diese laufenden Kosten werden nach Inkrafttreten des PSG I seit 2015 40 Euro von der Pflegekasse übernommen. Im Rahmen der Befragung wurden nur die

Kosten für Hilfsmittel, Medikamente und Krankentransporte nach Pflegestufen pro Monat

	Pflege- hilfsmittel (n=654)	Medikamente (n=713)	Kranken- transporte (n=108)
	MW in Euro	MW in Euro	MW in Euro
Gesamt	65	38	36
keine Pflegestufe	42	31	48
„Pflegestufe Null“	43	24	22
Pflegestufe I	58	39	42
Pflegestufe II	63	33	17
Pflegestufe III	84	54	46

Kosten abgefragt, die als Eigenanteile aufzubringen waren und nicht solche, die als Sachleistung von der Pflegeversicherung finanziert wurden. Im Ergebnis wurden in den Pflegehaushalten durchschnittlich gut 65 Euro (gewichtet 59 Euro) aus privaten Mitteln für den Verbrauch von Pflegehilfsmitteln aufgewendet. Aus [Tabelle 17](#) geht überdies hervor, dass sich die privaten Aufwendungen für Pflegehilfsmittel mit steigender Pflegestufe erhöhen.

Auch auf Medikamente kann im Falle von Pflegebedürftigkeit in der Regel nicht verzichtet werden. Wenn nicht wegen einer besonderen Bedürftigkeit eine Befreiung von den Zuzahlungen erfolgt ist, müssen für fast alle ärztlich verordneten Medikamente Eigenanteile finanziert, bzw. rezeptfreie Medikamente selbst bezahlt werden, was auf rund 70% der Befragten traf. Hier belief sich der Durchschnitt der privat zu finanzierenden Kosten auf 38 Euro im Monat (gewichtet 37 Euro). Überdurchschnittlich belastet zeigten sich auch hier Personen, die in Pflegestufe III eingruppiert waren.

Krankentransporte bei Pflegebedürftigkeit stellen keine Seltenheit dar, weil Pflegebedürftige meist zugleich unter mehreren Beeinträchtigungen oder schweren Erkrankungen leiden. Sie werden bei medizinischem Behandlungsbedarf in Arztpraxen oder im Krankenhaus erforderlich und wurden von rund 10% der Befragten genutzt. Durchschnittlich wurden knapp 36 Euro (gewichtet 32 Euro) im Monat für Krankentransporte aufgebracht.

Mit Blick auf die Pflegestufen zeigte sich ein sehr heterogenes Bild der finanziellen Belastungen. Während die höchsten Zuzahlungen von Personen ohne Pflegestufen geleistet wurden, entfallen die geringsten privaten Aufwendungen auf Pflegebedürftige der Stufen II und „Null“. Daraus lässt sich ableiten, dass die Notwendigkeit von Krankentransporten sehr eng mit dem individuellen Hilfebedarf und mit dem Pflegearrangement verknüpft ist und es dadurch in Einzelfällen zu hohen Belastungen kommen kann. Dafür sprechen auch vergleichsweise hohe Standardabweichungen bei den Antworten zu dieser Frage.

Häufig sind bei Pflegebedürftigkeit wohnumfeldverbessernde Maßnahmen erforderlich, etwa wenn ein behindertengerechtes Badezimmer oder barrierefreie Zugänge geschaffen werden müssen. Umbaumaßnahmen sind häufig geradezu eine notwendige Voraussetzung, um einen sicheren Verbleib (z. B. Sturzprophylaxe) und ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit sicherstellen zu können. Sie können somit einem Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit entgegenwirken.

Die Pflegeversicherung unterstützt nach §40 SGB XI durch finanzielle Zuschüsse solche Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes. Die maximale Höhe dieser Zuschüsse wurde zum 1.1.2015 von 2557 Euro auf 4000 Euro pro Pflegebedürftigen angehoben.

Trotz dieser erheblichen finanziellen Förderung bleiben in der Regel dennoch für die Haushalte hohe private Kosten zu tragen. Im Rahmen der Befragung wurde nach den Kosten für Umbaumaßnahmen innerhalb der

Tabelle 18

Kosten für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen innerhalb der letzten fünf Jahre nach Pflegestufen

	MW in Euro	n
keine Pflegestufe	3514	15
„Pflegestufe Null“	1971	24
Pflegestufe I	3561	68
Pflegestufe II	6142	76
Pflegestufe III	7483	132
Durchschnittlicher Aufwand	5704	315

letzten fünf Jahre gefragt, also für einen Zeitraum, innerhalb dessen es eine Veränderung der Zuschüsse durch die Pflegekassen gab. Von daher erlauben die Ergebnisse eine Abschätzung des durchschnittlichen privaten Aufwandes für die Umbauten, allerdings können die Auswirkungen der Anhebung der Zuschüsse ab 2015 auf die Höhe der privaten Kosten nicht ermittelt werden.

Rund ein Drittel der Befragten hatte innerhalb der letzten fünf Jahre Umbaumaßnahmen durchgeführt und dafür im Durchschnitt rund 5700 Euro (gewichtet 4205) aus privaten Mitteln investiert. Hohe Kostenbelastungen fielen vor allem in den Pflegestufen II und III an, wo von einem bereits fortgeschrittenen körperlichen Pflegebedarf auszugehen ist. Jedoch auch für Personen ohne Pflegestufe, die über keine Kompensation aus der Pflegeversicherung verfügten, waren bei der Durchführung wohnumfeldverbessernder Maßnahmen private Aufwendungen von rund 3.500 Euro erforderlich.

Zusammenfassend hat die differenzierte Ermittlung der Kosten für die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit gezeigt, dass in den verschiedensten Bereichen des Alltags finanzielle Belastungen entstehen. Die Kosten variieren allerdings stark nach der individuellen Hilfebedürftigkeit und nach der Struktur des Pflegearrangements. Dabei entstehen diese Kosten nicht nur durch die alltäglichen direkten Hilfestellungen von informellen und professionellen Helfern. Auch durch Zuzahlungen entstehen mitunter erhebliche Kosten. Dies betrifft unverzichtbare Leistungen wie Krankentransporte zur Ermöglichung einer medizinischen Behandlung sowie Zuzahlungen zu Medikamenten. Aber auch Zuzahlungen zu sinnvollen und wirksamen Therapien spielen dabei eine wichtige Rolle. Offen bleibt die Frage, ob aufgrund der Verordnungspraxis der Ärzte oder aufgrund der notwendigen Zuzahlungen diese Therapien nicht stärker in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus sind die Pflege erleichternde Leistungen wie Fußpflege, die komplett selbst finanziert werden muss, oder Pflegehilfsmittel, für die es nur eine geringe Pauschalzahlung gibt, mit privaten Kosten für die Haushalte verbunden. Schließlich sind hohe Kosten zu tragen, wenn Umbaumaßnahmen ergriffen werden. Solche Vorhaben sind in der Regel nur unter Rückgriff auf privates Vermögen umsetzbar.

6.4 Gesamtaufwendungen und soziale Lage

In den vorangegangenen Abschnitten wurde eine differenzierte Betrachtung der eingesetzten Zeit- und Geldressourcen für einzelne Tätigkeitsbereiche und Akteure im häuslichen Pflegearrangement angestellt. In einer Bilanzie-

nung soll nun abgeschätzt werden, wie sich die durchschnittlichen Gesamtdarfe an zeitlichen und finanziellen Aufwendungen in den Pflegehaushalten Deutschlands darstellen. Darüber hinaus richtete sich ein wichtiges Erkenntnisinteresse der Studie auf die Frage, ob und durch welche Faktoren die in den Haushalten jeweils eingesetzten Ressourcen zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit beeinflusst werden. Dabei ging es vor allem um den Aspekt, wie sich die Pflegelasten zwischen Haushalten mit einem unterschiedlichen sozioökonomischen Status verteilen und ob soziale Ungleichheiten erkennbar werden. Zudem wurde geprüft, ob sich durch die Vorgaben der Pflegeversicherung zur Pflegeeinstufung und die daran gekoppelten Leistungsansprüche unterschiedliche Belastungsprofile herauskristallisieren.

Im Folgenden werden zunächst die zeitlichen und finanziellen Aufwendungen zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit in einer Gesamtschau bilanziert. Anschließend wird der Fokus auf die soziale Verteilung der Pflegelasten gelegt.

Summe der zeitlichen und finanziellen Aufwendungen

Für die Betrachtung der zeitlichen und finanziellen Gesamtaufwendungen in Pflegehaushalten ist es notwendig, in der Berechnung von Durchschnittswerten nun die Gesamtzahl der befragten Haushalte zugrunde zu legen. Das heißt, in Abweichung zur Darstellung in [Abschnitt 6.2](#) und [Abschnitt 6.3](#) werden nicht nur die jeweiligen Nutzer von Hilfestellungen betrachtet, sondern ein Durchschnitt für die Gesamtstichprobe gebildet. Es werden so die Daten für einen durchschnittlichen (theoretischen) Pflegehaushalt abgebildet, unabhängig davon, ob bestimmte Leistungen genutzt werden oder nicht. Daher erklärt sich, dass die Werte für Aufwendungen z. B. bei im Haushalt lebenden Hilfskräften, die nur von einem Zehntel der Haushalte genutzt werden, über das gesamte Sample hinweg deutlich geringer ausfallen als in den Haushalten, in denen diese Kräfte tatsächlich eingesetzt werden. Zusätzlich wurden die ermittelten Durchschnittsdaten für die einzelnen Pflegestufen so gewichtet, dass sie der realen Verteilung in der Bevölkerung entsprechen. Naturgemäß müssen bei dieser Betrachtung die Personen ohne Pflegeeinstufung herausfallen, weil für ihre Anzahl in der Gesamtbevölkerung keine Referenzdaten vorliegen.

Wie aus der [Tabelle 19](#) hervorgeht, brachten die Hauptpflegepersonen mit weitem Abstand die größten zeitlichen Ressourcen zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit auf. Über alle erfassten Haushalte hinweg und hochgerechnet auf die Grundgesamtheit wandten die Hauptpflegepersonen in Deutschland im Schnitt fast 50 Stunden in der Woche auf, um Pflege, Betreuung und

Durchschnittlicher gewichteter Zeitaufwand für die häusliche Pflege

	Zeitaufwand Stunden/Woche
Hauptpflegeperson	49,3
Weitere Angehörige	5,3
Freunde etc.	2,1
Pflegedienst	2,1
Im Haushalt lebende Pflegekraft	2,8
Betreuungskraft	0,3
Ehrenamt	0,1
Putzkraft	0,8
Gesamt	62,8

Durchschnittswert für die Gesamtstichprobe mit einer Gewichtung der Pflegestufen nach der Verteilung in der Pflegestatistik (vgl. Anhang 8.4)

sonstige Unterstützung zu leisten. Bei mehr als sieben Stunden an sieben Tagen in der Woche kann hier von mehr als einer Vollzeit-Beschäftigung gesprochen werden. Weitere Angehörige verbrachten durchschnittlich rund fünfeinhalb Stunden, Freunde, Bekannte und Nachbarn rund zwei Stunden wöchentlich mit der Unterstützung von Pflegehaushalten in Deutschland. Für das formell-professionelle Pflegearrangement spielten mit Blick auf die durchschnittlichen Zeitaufwendungen für alle Haushalte Pflegedienste und im Haushalt lebende bezahlte Hilfskräfte die wichtigste Rolle. Betreuungs- und Entlastungskräften sowie ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern kam in der Gesamtbetrachtung eher eine ergänzende Funktion zu.

Hochgerechnet auf die Pflegehaushalte in Deutschland flossen im Jahr 2016 von informeller und formell-professioneller Seite wöchentlich 62,8 Stunden für die Unterstützung, Pflege und Betreuung von zu Hause lebenden Pflegebedürftigen ein – das sind täglich rund neun Stunden. Dabei wurde der Großteil der Zeit mit 90,4% von den Hauptpflegepersonen, weiteren Angehörigen sowie Freunden, Bekannten und Nachbarn eingebracht. Die informellen Helfer tragen somit die zeitliche Hauptlast für die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit im Kontext der häuslichen Versorgung.

Der Gesamtzeitaufwand für die Akteure des Pflegearrangements stieg mit der Pflegestufe von rund 30 Stunden bei Befragten ohne Pflegestufe auf rund

Tabelle 20

Zeitaufwand informeller Helferinnen und Helfer sowie professioneller Dienste in Stunden pro Woche nach Pflegestufen

	Zeitaufwand informelle Helfer	Zeitaufwand Leistungsanbieter	Gesamtzeit-aufwand
keine Pflegestufe	28,9	0,5	29,4
„Pflegestufe Null“	40,8	6,9	47,7
Pflegestufe I	49,9	5,4	55,3
Pflegestufe II	58,9	8,5	67,4
Pflegestufe III	83,4	18,5	101,9

100 Stunden in Pflegestufe III an. Vor allem bei den Personen ohne Pflegestufe spielten professionelle Helfer/innen mit rund 2% des Zeiteinsatzes eine nur marginale Rolle, während sie bei den Personen mit Pflegeeinstufung rund 10% bis 18% (für die Pflegestufe III) des Zeiteinsatzes leisteten.

Die durchschnittlichen finanziellen Gesamtaufwendungen werden in der folgenden Übersicht dargestellt. Auch hier wurden die Werte auf die Verteilung der Pflegestufen in Deutschland hochgerechnet. Betrachtet werden ausschließlich die monatlich entstehenden Kosten; also einmalig auftretende Investitionen z. B. für die Wohnumfeldverbesserung bleiben unberücksichtigt. Die Kosten für einen Menüdienst hingegen sind eingerechnet, obwohl hier Abgrenzungsprobleme zu den Kosten für die allgemeine Lebensführung nicht auszuschließen sind. Insgesamt ist jedoch davon auszugehen, dass Menüdienste in der Regel dann in Anspruch genommen werden, wenn eine eigene Essenszubereitung pflegebedingt nicht mehr geleistet werden kann.

Bezogen auf die gesamte Stichprobe und hochgerechnet auf alle Pflegehaushalte in Deutschland wurden die informellen Akteure im Pflegearrangement, also die Hauptpflegepersonen, weitere Angehörige sowie Freunde, Bekannte und Nachbarn mit insgesamt durchschnittlich 81 Euro pro Monat entschädigt. Der Hauptpflegeperson flossen durchschnittlich gut 42 Euro pro Monat zu – bei einer zeitlichen Belastung von rund 200 Stunden im Monat läge ein theoretischer „Stundenlohn“ bei rund 20 Cent.

Die Inanspruchnahme professioneller bzw. formeller Leistungen (Pflegedienst, im Haushalt lebende Hilfskraft, Tagespflege, Betreuungskraft, Putz-

Durchschnittlicher gewichteter finanzieller Aufwand für die häusliche Pflege pro Monat in Euro

Hauptpflegeperson	42
Weitere Angehörige	23
Freunde etc.	16
Summe Kosten informelle Helfer	81
Im Haushalt lebende Hilfskraft	75
Pflegedienst	45
Putzkraft	28
Tagespflege	22
Menüdienst	15
Betreuungskraft	6
Summe Kosten formelle Unterstützer	191
Pflegehilfsmittel	37
Medikamente	25
Fußpflege	17
Physiotherapie	6
Krankentransporte	3
Ergotherapie	2
Summe weitere Kosten	90
Finanzieller Gesamtaufwand	362

Durchschnittswert für die Gesamtstichprobe mit einer Gewichtung der Pflegestufen nach der Verteilung in der Pflegestatistik (vgl. Anhang 8.4)

kraft und Menüdienst) führte für jeden Pflegehaushalt im Schnitt zu Kosten von 191 Euro. Das informelle Netzwerk brachte somit rund 90% der Zeit ein, verursachte hingegen nur weniger als die Hälfte der Kosten für persönliche Unterstützungsleistungen. Weitere private Aufwendungen durch Zuzahlungen zu Pflegehilfsmitteln, ärztlich verordneten Therapien, Medikamenten und durch Krankentransporte erreichten im Schnitt 90 Euro monatlich.

Tabelle 22

Finanzieller Aufwand nach Pflegestufen in Euro pro Monat

	Kosten informelle Helfer	Kosten formelle Hilfen	Weitere Kosten	Gesamt- kosten
keine Pflege- stufe	42	9	71	122
„Pflegestufe Null“	77	111	62	250
Pflegestufe I	72	95	83	250
Pflegestufe II	98	207	110	415
Pflegestufe III	129	413	140	682

Die durchschnittlichen Gesamtkosten, die ein Pflegehaushalt jeden Monat aufbringen musste, betragen somit 362 Euro.

Auch die Kosten für die privaten Pflegehaushalte können nach Pflegestufen sowie nach den Kosten für informelle Helferinnen und Helfer, für formelle bzw. professionelle Unterstützungsleistungen sowie für die weiteren Hilfsmittel und Zuzahlungen differenziert betrachtet werden.

Ebenso wie bei den Zeitaufwendungen zeigt sich bei den Gesamtkosten ein aufsteigender Verlauf nach Pflegestufe mit der Ausnahme, dass für die Pflegestufen „Null“ und I identische Kosten entstanden sind. Interessante Erkenntnisse lassen sich aus der Aufschlüsselung nach Kostenarten ableiten. Bei den Haushalten ohne Pflegeeinstufung bilden die Kosten für Zuzahlungen zu Hilfsmitteln, Medikamenten etc. die größte Belastung. Für formelle Unterstützungsleistungen wird hingegen nur ein marginaler Geldbetrag ausgegeben. Deutlich wird zudem, dass in Pflegestufe III umfangreiche Mittel in die Organisation professioneller Hilfen fließen müssen, wenn eine häusliche Versorgung aufrecht erhalten bleiben soll.

Zusammenhang von Aufwendungen und sozialer Lage

Zur Ermittlung des Einkommens der Pflegehaushalte wurden die Befragten dazu aufgefordert, die Summe der monatlich verfügbaren Einkünfte (inkl. Renten, Arbeitseinkünfte, Pflegegeld, Kindergeld, Mieteinnahmen, Einkünfte aus Kapitalvermögen) aller im Haushalt lebenden Erwachsenen nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen zu beziffern. Dabei ergab

Verteilung des monatlichen Haushaltsnettoeinkommens auf Einkommensklassen

	Häufigkeit	Anteil
weniger als 900 Euro	47	5 %
900 bis unter 1.300 Euro	124	13 %
1.300 bis unter 1.500 Euro	73	7 %
1.500 bis unter 2.000 Euro	184	19 %
2.000 bis unter 2.600 Euro	259	26 %
2.600 bis unter 3.600 Euro	193	20 %
3.600 bis unter 5.000 Euro	58	6 %
5.000 bis unter 18.000 Euro	48	5 %
Gesamtsumme	986	101 %

(n=986)

Abweichungen von 100% in der Summe sind rundungsbedingt

sich ein durchschnittliches Nettohaushaltseinkommen von 2.392 Euro (Median: 2.000 Euro).¹⁴

Um einen Überblick zur Verteilung der Haushaltseinkommen für das Gesamtsample zu bekommen, wurden – analog zur amtlichen Statistik (vgl. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe) – acht Einkommensklassen gebildet.¹⁵ In der Gesamtschau zeigte sich, dass rund 5% der befragten Haushalte weniger als 900 Euro im Monat zur Verfügung hatten. Die meisten Befragten verfügten über Einkommen zwischen 1.500 und 3.600 Euro. In die höchsten

14 Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Haushaltsgrößen lässt sich außerdem das durchschnittliche Pro-Kopf-Einkommen der Pflegehaushalte ermitteln. Dieses beträgt im Schnitt 1.344 Euro im Monat (Median: 1.122 Euro). Im Folgenden wird jedoch nicht von den Individualeinkommen, sondern von den Haushalten als zentrale Kategorie bei der wirtschaftlichen Bewältigung von Pflegebedürftigkeit ausgegangen. Ausgangspunkt ist dabei die Überlegung, dass die anfallenden Pflegekosten vom gesamten Haushalt getragen werden, unabhängig davon, welchen Beitrag das pflegebedürftige Haushaltsmitglied zum gesamten Haushaltseinkommen beisteuert.

15 Im vorliegenden Sample gab es drei Fälle, die oberhalb der höchsten Einkommensklasse lagen. Diese wurden bei der Auszählung nach Einkommensklassen nicht berücksichtigt.

Tabelle 24

Durchschnittliches Monatsnettoeinkommen nach Pflegestufen in Euro

	MW	n
keine Pflegestufe	1572	84
„Pflegestufe Null“	2091	146
Pflegestufe I	2324	265
Pflegestufe II	2315	240
Pflegestufe III	2987	251
Durchschnittliches Einkommen	2392	986

Einkommensgruppen (zwischen 3.600 und unter 18.000 Euro) fiel rund jeder zehnte Haushalt.

Inwiefern unterscheiden sich nun die Pflegehaushalte nach der Einkommenssituation und dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit? Für diese Fragestellung wurden die durchschnittlichen Haushaltseinkommen entlang ihrer Verteilung auf die Pflegestufen betrachtet, über die zum Zeitpunkt der Befragung die sozialrechtliche Bedarfsfeststellung und Leistungszuweisung erfolgte. Dabei zeigte sich die Tendenz zu größeren Durchschnittseinkommen bei höheren Pflegestufen. Die statistische Prüfung weist diesen Zusammenhang als signifikant aus ($r=0,312$; $p<0,001$).

Um die Verbindung zwischen hohen Einkommen und höheren Pflegeleistungen bzw. bedarfen zu erklären, ist es zunächst naheliegend, den Bezug von Pflegegeld in die Betrachtung einzubeziehen, da das Pflegegeld bei dieser Erhebung zum Einkommen hinzugezählt wurde. Einkommensunterschiede könnten in diesem Sinne aus unterschiedlich hohen Pflegegeldbezügen resultieren, die unmittelbar an die Pflegestufen gekoppelt sind. Wenn man jedoch das Pflegegeld aus den Haushaltseinkommen herausrechnet, so bleiben die zentralen Unterschiede bestehen. Während die Haushalte ohne Pflegestufe (bzw. mit abgelehnten Anträgen auf Pflegeleistungen) im Schnitt zwischen ca. 500 und 600 Euro weniger Einkommen besaßen als Haushalte mit „Pflegestufe Null“, I oder II, verfügten die Haushalte mit der Pflegestufe III über die deutlich höchsten Einkommen. Schließlich zeigt sich auch bei den vom Pflegegeld bereinigten Durchschnittseinkommen eine signifikante Korrelation mit den Pflegestufen ($r=0,159$; $p<0,001$). Dieser Effekt wurde auf den Ein-

fluss verschiedener intervenierender Variablen hin überprüft.¹⁶ Er zeigt sich in ländlichen Wohnregionen stärker als in einem städtischen Umfeld.

Der Bezug von Pflegegeld scheint also als Hauptargument zur Erklärung von Einkommensunterschieden zu kurz zu greifen. Zudem nahm mehr als ein Drittel der befragten Haushalte kein Pflegegeld, sondern Sach- oder Komplexleistungen in Anspruch, und auch die Unterschiede bei den Geldleistungsbezügen der verschiedenen Pflegestufen waren nicht ausreichend groß, um die vorliegenden Einkommensdiskrepanzen zu erklären. Ein anderer Erklärungsansatz ist eher plausibel: Es gelingt wirtschaftlich stärkeren Haushalten besser, eine angemessene Pflegeeinstufung durchzusetzen, damit ein häusliches Versorgungssetting aufzubauen und bei steigendem Pflegebedarf auch stabil zu halten.

Neben der Betrachtung, wie sich finanzielle Ressourcen auf Haushalte mit unterschiedlich hohem Pflegebedarf verteilen, ist die Frage von Bedeutung, in welchem Mix von zeitlichem und finanziellem Aufwand Pflegebedürftige in Haushalten mit unterschiedlichen Einkommenssituationen versorgt werden.

Bei der Betrachtung des Kosten- und Zeitaufwands in Abhängigkeit vom Haushaltseinkommen zeigt sich, dass Haushalte mit hohem Einkommen (mehr als 3.600 Euro) mit durchschnittlich 644 Euro bzw. 88,8 Wochenstunden sowohl die höchsten Ausgaben hatten, als auch die größten Zeitrressourcen aufbrachten. Die deutlich höheren Durchschnittskosten erklären sich vor allem durch die Häufung an bezahlten, im Haushalt lebenden Pflege- und Betreuungskräften, die in wirtschaftlich stärkeren Haushalten überrepräsentiert sind und die mit Abstand teuerste Unterstützungsform darstellten. Bei den Zeitaufwendungen bestand die durchgängige Tendenz, dass mit zunehmendem Einkommen mehr Zeit für die Pflege eingebracht wurde. Von daher lässt sich die Annahme nicht stützen, dass einkommenschwächere Haushalte eine geringere Nutzung kostenpflichtiger professioneller Hilfeangebote durch einen größeren Einsatz privater Zeiteile in die Pflege, Betreuung und Unterstützung kompensieren.

16 Der statistische Zusammenhang zwischen der Pflegestufe und dem Einkommen (abzüglich des Pflegegeldes) wurde aufgrund partieller Spearman-Korrelation auf mögliche Störvariablen hin getestet. Dabei konnte für die Faktoren Alter und Bildung der pflegebedürftigen Person ausgeschlossen werden, dass sie den Zusammenhang verzerren. Gleiches wurde für die Variablen Geschlecht und Migrationshintergrund mittels Cramers V überprüft und ausgeschlossen. Ebenso wurde der Einfluss des Wohnsitzes nach Bundesländern statistisch überprüft.

Tabelle 25

Durchschnittlicher Kosten- und Zeitaufwand für die Bewältigung der Pflegebedürftigkeit nach Haushaltsnettoeinkommen

	Kosten in Euro/Monat	Zeitaufwand in Stunden/Woche	Anteil Pflegekosten am Einkommen
weniger als 1.300 Euro (n=171)	373	46,4	39%
1.300 bis weniger als 2.000 Euro (n=257)	317	60,6	20%
2.000 bis weniger als 3.600 Euro (n=452)	391	73,8	16%
mehr als 3.600 Euro (n=106)	644	88,8	12%

Darüber hinaus lässt sich zeigen, wie stark die finanziellen Kosten der Pflegebedürftigkeit die Haushalte der unterschiedlichen Einkommenssegmente belasten. Setzt man die finanziellen Kosten ins Verhältnis zu den Einkommen, so zeigt sich, dass die Pflegehaushalte im Durchschnitt ein Fünftel ihrer monatlich verfügbaren Einkommen zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit einsetzen (Wert ohne Tabelle). Die höchsten Einkommensklassen hatten – wie eben gezeigt – zwar die größten Ausgaben, doch fielen diese nur mit rund 12% des Nettoeinkommens ins Gewicht. Die wirtschaftlich am schwächsten aufgestellten Haushalte setzten dagegen im Durchschnitt fast 40% ihres verfügbaren Einkommens ein, um die anfallenden Kosten zu begleichen (vgl. Tabelle 25). Gerade die von dieser Gruppe aufzubringenden finanziellen Mittel dürften häufig an die Belastungsgrenze der Haushalte führen. Es liegt die Vermutung nahe, dass dies zu Nebenwirkungen auf die Pflegequalität haben könnte, etwa wenn aus finanziellen Gründen auf weitere notwendige, aber zuzahlungspflichtige Leistungen verzichtet wird. Zum anderen könnte durch diese Situation auch der politisch gewollte Vorrang für ambulante Pflegearrangements konterkariert werden, wenn etwa die stationäre Versorgung eines Angehörigen mit Hilfe von Transferleistungen des Sozialhilfeträgers eher realisiert werden kann als eine Versorgung zu Hause.

Die gewichteten und auf die Grundgesamtheit hochgerechneten Daten verdeutlichen den zeitlichen und finanziellen Aufwand eines durchschnittlichen Pflegehaushalts in Deutschland. Hinter den Durchschnittszahlen verbirgt sich eine Vielzahl an Pflegerealitäten, die z.B. nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit, den verfügbaren Ressourcen und dem eingerichteten Pflegearrangement variieren. Diese Vielfalt wird sichtbar, wenn die Kosten und die Zeitanteile innerhalb der jeweiligen Pflegearrangements betrachtet werden (vgl. [Abschnitt 6.2](#) und [6.3](#)). Sozioökonomisch schwächere Haushalte müssen einen deutlich höheren Anteil ihres Einkommens für die anfallenden Pflegekosten einsetzen. Es zeichnet sich jedoch nicht ab, dass diese Haushalte fehlende finanzielle Ressourcen durch den stärkeren Einsatz eigener zeitlicher Ressourcen kompensieren. Wohlhabende Haushalte setzen sowohl mehr finanzielle Mittel als auch Zeitanteile ein, um ihre Angehörigen zu versorgen. Es gelingt ihnen dabei in offensichtlich überdurchschnittlichem Maße, ein häusliches Pflegearrangement auch bei Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen aufrecht zu erhalten.

6.5 Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung und Zugangsbarrieren

Aus den vorangehenden Kapiteln geht hervor, dass pflegende Angehörige trotz der dargestellten hohen zeitlichen Belastungen die zur Verfügung stehenden entlastenden Hilfen in eher geringem Maße in Anspruch nehmen. Dafür können, wie sich im vorangegangenen [Abschnitt 6.4](#) angedeutet hat, die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen eine wichtige Rolle spielen – gerade wenn es um eine angemessene ambulante Versorgung bei schwerer Pflegebedürftigkeit und/oder Demenz geht. Im Rahmen der Studie wurden die Pflegehaushalte auch danach gefragt, welche Motive und Zugangsbarrieren die Entscheidung zur Annahme der sozialrechtlich verankerten Pflege-, Betreuungs- und Beratungsleistungen beeinflussen. Diese Ergebnisse werden im Folgenden dargelegt.

Inanspruchnahme von Pflegeleistungen

Erfasst wurde zunächst die Inanspruchnahme von Leistungen aus den Kernbereichen der Pflegeversicherung: ambulante Sachleistung (§ 36), Tagespflege (§ 41), Kurzzeitpflege (§ 42), Verhinderungspflege (§ 39), Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b) sowie Pflegeberatung (§ 7a SGB XI). Falls die Leistungen nicht beansprucht wurden, wurden die Interviewpersonen gebe-

ten, die Gründe für die Nicht-Nutzung anzugeben. Damit konnten Rückschlüsse auf Zugangsbarrieren, wie z.B. mangelnde finanzielle Ressourcen oder fehlende ortsnahe Angebote gezogen werden.

Die Leistungen der Pflegeversicherung können grundsätzlich als Pflegegeld, als Pflegesachleistung oder als Kombination beider Leistungen in Anspruch genommen werden. Von den 938 befragten Haushalten, die Anspruch auf Leistungen hatten, wählten 64% das Pflegegeld, 17% Pflegesachleistungen und 19% eine Kombination aus beiden Leistungen. Im Vergleich zu den Daten anderer Studien (z. B. Schmidt/Schneekloth 2011) sind hier die Bezieher von Pflegegeld leicht schwächer repräsentiert, was an der spezifischen Verteilung der Befragten in der vorliegenden Stichprobe auf die verschiedenen Pflegestufen liegen könnte.

In rund einem Drittel der Pflegearrangements war über die Wahl der Sach- oder Kombinationsleistung ein zugelassener Pflegedienst involviert. Diejenigen, die keine Sachleistungen bezogen, wurden gebeten, die Höhe der monatlichen Geldsumme anzugeben, die sie als Pflegegeld bzw. im Rahmen der Kombileistung als Geldzuwendung von der Pflegekasse erhielten. Dabei ergab sich ein durchschnittlicher Wert von 379 Euro, der sich in einem Leistungsniveau zwischen den Pflegegeldbeträgen für die Pflegestufe I und II befindet. Darüber hinaus wurden die Gründe erhoben, warum ggf. kein Pflegedienst für die Unterstützung der häuslichen Versorgung genutzt wurde.

Als Grund für die ausschließliche Inanspruchnahme von Pflegegeld nannte die Hälfte der Befragten einen fehlenden Bedarf für die Leistungen eines Pflegedienstes. In diesem Befund mag sich widerspiegeln, dass Pflegebedürftige mit einer noch weniger stark entwickelten Pflegebedürftigkeit ambulante Dienste in geringerem Umfang nutzen (vgl. Tabelle 6). Keine ortsnahen Angebote oder ein Mangel an Informationen spielten als Argumente für die Nichtnutzung ambulanter Dienste keine nennenswerte Rolle. Hingegen waren finanzielle Motive auch in der Eigenwahrnehmung der Befragten schon von Relevanz. Ein ebenfalls nennenswerter Grund, Pflegedienste nicht zu nutzen, bestand zudem in der Ablehnung externer Hilfen durch den Pflegebedürftigen selbst. Hier ist aus anderen Studien bekannt, dass Angehörige eine ablehnende Haltung des Pflegebedürftigen häufig über einen langen Zeitraum akzeptieren und sich damit nicht selten in eine eigene Überforderungssituation begeben (Kirchen-Peters 2016). In fast jedem zehnten Fall war auch das mangelnde Vertrauen in die Qualität der professionellen Angebote mitentscheidend dafür, die Pflegearbeit selbst zu übernehmen. Insgesamt deutet sich an, dass vielschichtige Zugangsbarrieren zu einem Verzicht auf Unterstützung durch professionelle Pflegedienste führen.

Gründe für die Nicht-Nutzung eines Pflegedienstes

	n	Anteil
Für einen Pflegedienst bestand kein Bedarf	246	48%
Pflegebedürftige Person lehnte die Leistung ab	73	14%
Pflegegeld attraktiver	55	11%
Es bestand kein Vertrauen in die Qualität der Leistung	49	10%
Es waren keine finanziellen Mittel für die entstehenden zusätzlichen Kosten vorhanden	24	5%
Es lagen keine Informationen über diese Leistung vor	5	1%
Es waren keine ortsnahen Angebote vorhanden	5	1%
Sonstiges	54	11%
Gesamtsumme	511	101%

Abweichungen von 100 % in der Summe sind rundungsbedingt

Neben dem Pflegegeld, den Pflegesachleistungen und den Kombileistungen haben Pflegebedürftige Ansprüche auf eine Reihe weiterer Pflegeleistungen, wie etwa die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowie die Leistungen der Tagespflege, der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege. Wie in [Abschnitt 6.1](#) dargelegt, werden diese Leistungen nur einem begrenzten Ausmaß genutzt. In [Tabelle 27](#) werden die Häufigkeit der Nicht-Inanspruchnahme sowie die Begründungen für den Verzicht auf die dargestellten Leistungsformen vergleichend dargestellt:

Wie aus [Tabelle 27](#) hervorgeht, nutzten die Befragten Angebote selten, für die ein Ortswechsel des Pflegebedürftigen erforderlich gewesen wäre. Dies betraf die Tages- und die Kurzzeitpflege, die von nur rund 12% bzw. 14% der Befragten in Anspruch genommen wurden. Diese Ergebnisse zeigen, dass wesentliche Leistungen der Pflegeversicherung, die auf eine regelmäßige tägliche Entlastung bzw. auf eine bis zu vierwöchige Auszeit von der Pflege abzielen, noch wenig Akzeptanz finden.

Auch zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen wurden von nur von rund 12% der Befragten in Anspruch genommen. Zur Nutzung die-

Nicht-Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen und Gründe für die Nicht-Nutzung in Prozent

	Betreuungs- und Entlastungsleistungen	Tagespflege	Kurzzeitpflege	Verhinderungspflege
Häufigkeit der Nicht-Nutzung	88%	88%	86%	70%
Hauptgrund für die Nicht-Nutzung				
Kein Bedarf	40%	54%	60%	57%
Keine Informationen über diese Leistung	33%	8%	8%	21%
Pflegebedürftige Person lehnte die Leistung ab	11%	19%	14%	8%
Kein Vertrauen in die Qualität der Leistung	3%	5%	5%	3%
Keine finanziellen Mittel für die entstehenden zusätzlichen Kosten	3%	4%	3%	2%
Keine ortsnahen Angebote bekannt	2%	2%	2%	2%
Sonstiges	8%	10%	8%	8%

ser Leistung ist mitunter ebenfalls ein Ortswechsel erforderlich, wenn diese in Form von Betreuungsgruppen angeboten wird. Dennoch ist es vor dem Hintergrund des großen Anteils an Pflegebedürftigen im Sample, die an Demenz erkrankt oder anderweitig dauerhaft in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt waren und einen hohen zeitlichen Betreuungsbedarf hatten, verwunderlich, dass nicht deutlich stärker von Betreuungs- und Entlastungsleistungen Gebrauch gemacht wurde.

Kann eine Hauptpflegeperson vorübergehend nicht die Versorgung der zu pflegenden Person übernehmen, übernimmt die Pflegekasse die anfallenden Kosten für eine Vertretungsperson oder einen Pflegedienst. Von dieser so genannten Verhinderungspflege können Leistungsberechtigte pro Kalenderjahr für insgesamt sechs Wochen Gebrauch machen, wobei zusätzliche Kos-

ten bis zu 1.612 Euro übernommen werden. Diese Leistung nahm ein knappes Drittel der befragten Pflegehaushalte in Anspruch. Neben der ambulanten Pflege wurde die Verhinderungspflege demnach am häufigsten genutzt.

Betrachtet man die Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme der sozialrechtlich verankerten Leistungen, fällt zunächst auf, dass ein fehlender Bedarf für alle Leistungsarten als häufigster Grund für einen Verzicht genannt wurde. Dabei wird diese Antwort jedoch für die Betreuungs- und Entlastungsleistungen deutlich seltener genannt als für die anderen Angebote. Dies entspricht dem Ergebnis, dass viele Hauptpflegepersonen auch in den niedrigen Pflegestufen und bei Personen ohne Pflegeeinstufung bereits viel private Zeit mit Betreuungsaufgaben verbringen und möglicherweise für den Sinn dieser Angebote sensibilisiert sind – auch wenn dadurch nicht direkt eine hohe Nachfrage entsteht.

Generell lassen die hohen Werte für die Antwort „kein Bedarf“ unterschiedliche Interpretationen zu. So kann tatsächlich die Versorgungslage im Haushalt so stabil abgesichert sein, dass die Leistungsangebote „objektiv“ nicht gebraucht werden. Ebenso ist es denkbar, dass Bedarfe und Belastungslagen „subjektiv“ von Pflegebedürftigen und/oder Pflegepersonen unterschätzt werden oder Barrieren für eine Nutzung bestehen, die über die vorgesehenen Antwortkategorien nicht abzubilden waren.

So stellt sich die Frage, ob die Versorgung deshalb primär mit informell Pflegenden organisiert wird, um es dem Pflegebedürftigen zu ersparen, „von fremden Personen“ gepflegt zu werden. Diese Tendenz der Angehörigen, externe Hilfe „draußen zu halten“, wird auch in der Literatur diskutiert (vgl. Kap. 2). Folgende Gegenüberstellung verdeutlicht, ob es bei der Einschätzung der Bedarfslage zwischen Pflegebedürftigen und Angehörigen zu unterschiedlichen Einschätzungen kommt.

Während die Bedarfslage im Bereich der Betreuungs- und Entlastungsleistungen und bei der Verhinderungspflege von Angehörigen und Pflegebedürftigen ähnlich eingeschätzt wird, treten vor allem Diskrepanzen bei der Tages- und Kurzzeitpflege auf. Pflegebedürftige bewerten ihren Bedarf, in solche nicht-häuslichen Einrichtungen zu gehen, demnach als deutlich geringer ein als die Hauptpflegepersonen. Das legt nahe, dass Hauptpflegepersonen Tages- und/oder Kurzzeitpflege häufiger in Anspruch nehmen würden, sie dafür aber Überzeugungsarbeit bei den Pflegebedürftigen leisten bzw. sogar Konflikte eingehen müssten. Wie aus eigenen Untersuchungen bekannt ist, wirken Unterstützungsangebote vor allem dann abschreckend auf Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, wenn sie eine organisatorische und räumliche Nähe zu Pflegeheimen aufweisen. So konnten Akzeptanz- und Auslas-

Tabelle 28

„Kein Bedarf“ an Leistungen aus Sicht der pflegebedürftigen Person und der Hauptpflegeperson

	Betreuungs- u. Entlastungsleistungen	Tagespflege	Kurzzeitpflege	Verhinderungspflege
Antwort „Kein Bedarf“ von pflegebedürftiger Person	40%	66%	69%	61%
Antwort „Kein Bedarf“ von Hauptpflegeperson	40%	50%	58%	56%

tungsprobleme von Tages- und Kurzzeitpfleeinrichtungen vor allem bei nicht ambulant, sondern heimbetriebenen Einrichtungen konstatiert werden (Kirchen 1999; Geiger/Kirchen-Peters 2007). Pflegebedürftige verbinden mit solchen Angebotsformen nicht selten die Vorstellung, dass mit der Inanspruchnahme von Tages- oder Kurzzeitpflege häusliche Versorgung nicht stabilisiert, sondern sukzessive abgebaut und eine Gewöhnung an eine Heimversorgung eingeleitet werden soll.

Nachdem Tages- und Kurzzeitpflegeleistungen bereits 1996 in den Angebotskatalog der Pflegeversicherung aufgenommen wurden, sind mangelnde Informationen kein relevanter Grund für die geringe Inanspruchnahme dieser Angebote. Das stellt sich im Bereich der Betreuungs- und Entlastungsleistungen anders dar, die erst seit 2013 mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz zur Verfügung stehen. Immerhin ein Drittel der Befragten gab an, dass der Grund für den Verzicht auf diese Leistung in einem Informationsdefizit bestand. Auch für die Verhinderungspflege gab einer von fünf Befragten mangelnde Informationen als ausschlaggebend an. Dabei ist zu betonen, dass die Verhinderungspflege zwar schon seit Einführung der Pflegeversicherung zum Leistungskatalog gehört, diese im Zuge von Reformen von den Angehörigen nun jedoch erheblich flexibler eingesetzt werden kann. Sie muss beispielsweise nicht in Einrichtungen erfolgen, sondern kann unter Einhaltung bestimmter Vorgaben auch durch eine privat beschaffte Ersatzpflegekraft in der Häuslichkeit geleistet werden. Auch ein bereits involvierter ambulanter

Pflegedienst kann eine Verhinderungspflege in der eigenen Häuslichkeit sicherstellen, ohne dass für den Pflegehaushalt zusätzliche Kosten anfallen. So liegt es im Eigeninteresse der Pflegedienstleister, die Angehörigen in Richtung einer Nutzung von Verhinderungspflege zu beraten, zumal damit langfristig auch die Pflegeressourcen des Haushalts stabilisiert werden können.

Die mangelnde Angebotsdichte oder das fehlende Vertrauen in die Kompetenz der Pflegedienstleister spielen im Gesamttabelleau der Antworten unabhängig von der Leistungsart eine eher untergeordnete Rolle. Auch die zusätzlichen Kosten, die mit einer Inanspruchnahme verbunden wären, sind in der Wahrnehmung der Befragten nur für eine kleine Gruppe der ausschlaggebende Grund für eine Nichtnutzung der Unterstützungsangebote – obwohl die im vorangegangenen [Abschnitt 6.4](#) vorgenommenen Analysen einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Einkommenssituation und der Nutzung professioneller Angebote aufgezeigt haben.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass alle Hilfen, die als Leistungsarten in der Pflegeversicherung verankert sind, von Pflegehaushalten nur in eingeschränktem Maße genutzt werden. Einen Bedarf sehen Pflegehaushalte am ehesten bei den Hilfsangeboten, die in der eigenen Häuslichkeit unkompliziert eingesetzt werden können. Dabei werden am häufigsten die ambulante Pflege und die Verhinderungspflege in Anspruch genommen. Demgegenüber wird eine deutlich geringere Notwendigkeit für die Entlastung durch Kurzzeit- und Tagespflege gesehen. Hier ist zu betonen, dass gerade die Nutzung von Tagespflege durch die zusätzlichen finanziellen Anreize im Rahmen des PSG I insgesamt gestiegen zu sein scheint und dieser Trend der Tagespflege als Angebotsform möglicherweise zu einer stärkeren Durchdringung verhelfen könnte. So hat sich auch die Zahl der Tagespflegeanbieter seit den Pflegestärkungsgesetzen deutlich erhöht (Meißner 2015). Eine wachsende Bedeutung kann auch den Betreuungs- und Entlastungsleistungen zukünftig zukommen, denn auch in diesem Bereich wurden zusätzliche Anreize geschaffen, indem der Fokus nicht ausschließlich auf Betreuung, sondern z.B. auch auf entlastende haushaltsnahe Dienstleistungen gelegt werden kann. Eine bundesweite Bewertung der Entwicklung ist derzeit jedoch noch schwierig, weil die auf Länderebene zu erlassenden Verordnungen zu den Qualifikationsanforderungen für Betreuungskräfte sowie zu den Anerkennungsvoraussetzungen für Einrichtungen bzw. Einzelpersonen in unterschiedlicher Schnelligkeit erarbeitet wurden.

Insgesamt scheinen auch die Informationen für Pflegehaushalte im Bereich neuerer Hilfen wie der Betreuungs- und Entlastungsleistungen oder im Hinblick auf veränderte Nutzungsmöglichkeiten der Verhinderungspflege

noch nicht ausreichend zu fließen. Insofern lässt sich das Argument untermauern, dass die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten durch eine intensiviertere Beratung und Fallbegleitung gefördert werden kann. Nur so wird es letztlich gelingen, wichtige Informationen zu transportieren und Akzeptanzprobleme bei Pflegebedürftigen und Angehörigen abzubauen.

Nutzung von Beratung

Im Zusammenhang mit den im vorigen [Abschnitt 6.4](#) behandelten Pflegeleistungen erfüllt die Pflegeberatung eine wichtige Funktion, da die Kenntnis des Leistungsspektrums und die Voraussetzungen für den Zugang zu Pflegeleistungen aufseiten der Pflegebedürftigen bzw. deren pflegenden Angehörigen nicht vorausgesetzt werden können. Vom Gesetzgeber wurde aus diesem Grund über den §7a SGB XI ein Rechtsanspruch auf Pflegeberatung geschaffen. Die Beratung soll die systematische Erfassung des Hilfebedarfs, die Erstellung eines Hilfeplans, das Hinwirken auf die Umsetzung der dort vorgeschlagenen Maßnahmen, das Monitoring sowie die Dokumentation des Hilfeprozesses umfassen. Die Pflegeberatung wird je nach regionaler Struktur in der Regel von Pflegestützpunkten oder von Mitarbeiterinnen aus Pflegekassen durchgeführt. Durch die Pflegeberatung sollen die Versicherten bzw. deren Angehörige mit gezielten und umfassenden Informationen über das Leistungsangebot versorgt und beim Aufbau eines individuellen Pflegearrangements unterstützt werden.

Damit alle Versicherten eine solche Pflegeberatung im Vorfeld der Pflegeeinstufung nutzen können, fallen dafür keine Kosten an. Dennoch zeigte sich in der Erhebung, dass immerhin 38% der Befragten keinerlei Beratung in Anspruch genommen haben. Diejenigen, die sich beraten ließen, wählten unterschiedliche Formen von Beratung. Rund 30% der Pflegebedürftigen bzw. Hauptpflegepersonen nutzten eine Beratung bei der Pflegekasse, jeder Fünfte gab an, über einen Pflegedienst beraten worden zu sein und jeder zehnte war bei einer Beratungsstelle (z. B. bei einem Pflegestützpunkt) oder bei einer sonstigen Einrichtung, um sich über Fragen der Pflegebedürftigkeit, Unterstützungsmöglichkeiten etc. zu informieren (ohne Tabelle, Mehrfachnennungen möglich). Angesichts der großen Bedeutung, die der Pflegeberatung bei der Entwicklung einer bedarfsgerechten Versorgungssituation zugesprochen werden kann, überrascht dennoch der Umstand, dass viele Haushalte überhaupt keine Beratung in Anspruch genommen haben.

Für die Haushalte, die keine Pflegeberatung nutzten, wurden analog zu den oben dargestellten Leistungsarten die Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme erfasst.

Gründe für die Nicht-Nutzung von Pflegeberatung

	n	Anteil
Keine Informationen über Beratungsangebote	136	35 %
Kein Bedarf	176	45 %
Angebot nicht gut erreichbar	13	3 %
Zu wenig Zeit dafür	28	7 %
Angebot war nicht zusagend	6	2 %
Sonstiges	34	9 %
Gesamtsumme	393	101 %

Abweichungen von 100 % in der Summe sind rundungsbedingt

Von vielen Befragten wurde konstatiert, es hätte „kein Bedarf“ für eine Beratung vorgelegen. Möglicherweise wurden in diesen Fällen bereits anderweitig hinreichende Informationen zum Leistungsangebot eingeholt; möglicherweise kann aber auch hier das Problem bestehen, dass der Anspruch auf Beratung und der Nutzenwert der Beratung nicht hinreichend bekannt sind. Eine eher untergeordnete Rolle spielten Gründe wie die Erreichbarkeit des Beratungsangebots, Zeitmangel oder dass das Angebot nicht zusagte. Knapp ein Drittel gab jedoch an, es hätten keine Informationen über Beratungsangebote vorgelegen. Dieses Ergebnis ist erstaunlich, weil die Pflegekassen zumindest im Zuge der Begutachtung zur Pflegeeinstufung regelhaft über bestehende Beratungsangebote informieren sollen.

Betrachtet man die Gruppe von Nicht-Nutzern der Beratung genauer, so fällt auf, dass darunter besonders häufig niedrigqualifizierte Hauptpflegepersonen vertreten sind. So hatten von den Personen ohne Schulabschluss 66,7 % keine Pflegeberatung wahrgenommen. Umgekehrt haben diejenigen Hauptpflegepersonen, die Beratungsleistungen in Anspruch genommen haben, eine signifikant höhere berufliche Qualifikation als diejenigen ohne Beratung ($U=-2,063$; $p=0,039$). Hinsichtlich des Schulabschlusses zeigten sich keine signifikanten Unterschiede ($U=-1,156$; $p=0,248$).

Die Konsequenzen, die sich aus fehlender Beratung hinsichtlich der Bewilligung von Pflegeleistungen ergeben können, deuten sich an, wenn man einen Gruppenvergleich anstellt.

Tabelle 30

Nutzung von Pflegeberatung und Pflegeeinstufung

		Pflege- stufe	Keine Pflegestufe	Gesamt- summe
Keine Beratung	n	337	48	385
	%	88%	13%	101%
Beratung	n	601	38	639
	%	94%	6%	100%

(n=1024)

Abweichungen von 100% in der Summe sind rundungsbedingt

Aus der Gruppe ohne Beratung haben zwar 12,5% der Befragten einen Antrag bei der Pflegekasse gestellt, jedoch einen ablehnenden Bescheid erhalten. Aus der Gruppe der Beratenen sind dagegen nur rund 6% ohne Pflegestufe geblieben. Die statistische Testung weist diesen Unterschied als signifikant aus ($\chi^2=13,279$; $df=1$; $p<0,001$). Die Inanspruchnahme von Beratung scheint damit die Chancen deutlich zu steigern, in den Leistungsbezug der Pflegeversicherung zu gelangen. Soziale Ungleichheitslagen deuten sich dadurch an, dass bildungsferne Pflegehaushalte von der Pflegeberatung schlechter erreicht werden und sie in der Folge schlechtere Chancen haben, an den Leistungen der Pflegeversicherung zu partizipieren.

6.6 Berufliche Einschränkungen durch die Pflege

Wie bereits dargestellt, ist die Übernahme von Pflegeverantwortung vor allem für die Hauptpflegepersonen mit hohen zeitlichen Aufwendungen verbunden. Im Rahmen des Projekts wurde der Frage nachgegangen, ob diese Zeitgebundenheit zu beruflichen Einschränkungen und dadurch zu unmittelbaren Einkommensverlusten und langfristigen negativen Konsequenzen auf die soziale Absicherung führt. Von den insgesamt 954 erfassten Hauptpflegepersonen befanden sich 422 zum Befragungszeitpunkt im erwerbsfähigen Alter. Mehr als zwei Fünftel dieser Gruppe ging keiner Erwerbstätigkeit nach. Nur rund ein Viertel war in Vollzeit und ca. 30% in Teilzeit beschäftigt – d.h. unter den berufstätigen Hauptpflegepersonen arbeiteten mehr Menschen in Teilzeit als in Vollzeit. Der durchschnittliche Stellenumfang bei den

Erwerbstätigkeit von Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter

	Häufigkeit	Anteil
Vollzeit	109	26%
Teilzeit	126	30%
Nicht berufstätig	187	44%
Gesamtsumme	422	100%

Teilzeitbeschäftigten betrug rund 50%. Die Pflegepersonen sind damit deutlich stärker von Teilzeitarbeit betroffen als der Bundesdurchschnitt der Erwerbstätigen mit 26,5% (für 2014, Eurostat 2015).

Zusammen mit den Hauptpflegepersonen, die sich zum Befragungszeitpunkt bereits im Rentenalter befanden, waren drei Viertel (74,7%) der Pflegenden nicht berufstätig. Insgesamt setzten sich die nicht erwerbstätigen pflegenden Angehörigen zusammen aus rund 85% Rentnern, 10% Personen, die ihren Status als Hausfrauen bzw. männer kennzeichneten sowie rund 4% Arbeitslosen.

Wie diese Ergebnisse nahelegen, gelingt es den Angehörigen eher selten, die Pflege mit einer uneingeschränkten Berufstätigkeit in Einklang zu bringen. Wenn private Pflegepersonen überhaupt berufstätig sind, handelt es sich in der Regel um Teilzeitbeschäftigungen in einem eher geringen Umfang.

Um die berufliche Tätigkeit besser mit den Pflegeverpflichtungen vereinbaren zu können, haben Beschäftigte seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die Möglichkeit, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Seit Januar 2015 erhalten Beschäftigte für die Zeit der Freistellung 90% ihres Nettoarbeitsentgeltes als Pflegeunterstützungsgeld (vgl. § 2 Pflegezeitgesetz: „Kurzeitige Arbeitsverhinderung“). Dieses Angebot scheint bisher ins Leere zu laufen: Von den zum Befragungszeitpunkt insgesamt 235 in Voll- bzw. Teilzeit erwerbstätigen Hauptpflegepersonen hatte lediglich 1% (n=2) schon einmal eine solche „kurzeitige Freistellung“ in Anspruch genommen.

Begründet wurde der Verzicht auf die neue gesetzliche Möglichkeit von rund der Hälfte der Befragten mit der Aussage, dass dafür bislang noch keine

Tabelle 32

Gründe für die Nicht-Nutzung der „kurzzeitigen Freistellung“

	Häufigkeit	Anteil
War bisher nicht notwendig	95	49%
Leistung unbekannt	48	25%
Schwierigkeiten mit dem Arbeitgeber befürchtet	20	10%
Selbständig/freiberuflich	10	5%
Bedingungen anderweitig nicht erfüllt	8	4%
Sonstiges	13	7%
Gesamtsumme	194	100%
Fehlend	41	

Notwendigkeit bestanden habe. Rund ein Viertel der Pflegepersonen hatten von dieser Leistung offenbar keine Kenntnis und jeder Zehnte verzichtete auf die Leistung, weil Schwierigkeiten mit dem Arbeitgeber befürchtet wurden. Weitere 9% der Befragten gaben an, als selbständig bzw. freiberuflich Tätige oder aus anderen Gründen die Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllt zu haben.

Daneben existiert für pflegende Angehörige im Rahmen des Pflegezeitgesetzes auch die Option, sich längerfristig teilweise oder vollständig beruflich freistellen zu lassen (Pflegezeit). Bei dieser Regelung erhalten die Betroffenen zwar keine Lohnersatzleistung, aber es werden unter bestimmten Voraussetzungen die anfallenden Sozialversicherungsbeiträge von den zuständigen Kranken- und Pflegekassen übernommen. Zudem werden zinslose Darlehen zur Überbrückung von Einkommensverlusten angeboten. Von den 235 erwerbstätigen Hauptpflegepersonen gaben 71 an, in der Vergangenheit ihre Stelle aufgrund der Verpflichtungen bei der Angehörigenpflege reduziert zu haben, was einem Anteil von 30,2% entspricht. Lediglich 14 Personen aus dieser Gruppe (6%) taten dies im Rahmen der gesetzlichen Pflegezeit.

Unabhängig von der Inanspruchnahme der Pflegezeit, werden von der Pflegeversicherung auf Antrag Rentenversicherungsbeiträge für ehrenamtlich tätige Pflegepersonen gewährt. Mit der Umsetzung des Pflegestärkungsgesetzes II wurden die Anspruchsvoraussetzungen deutlich gesenkt. So sind

seit Januar 2017 pro Woche nur noch zehn Stunden privater Zeiteinsatz für den Rentenanspruch gefordert, während Pflegepersonen dazu zuvor mindestens 14 Stunden einen Pflegebedürftigen betreuen und versorgen mussten. Dies ist von großer sozialpolitischer Bedeutung, damit die Übernahme von Pflegeverantwortung nicht zu Lasten der eigenen Alterssicherung von Pflegepersonen geht. Es ist davon auszugehen, dass durch diese Neuregelung deutlich mehr Pflegenden Anträge auf „Pflegerente“ stellen werden und damit Benachteiligungen in der sozialen Absicherung reduziert werden können.

Resümierend kann man feststellen, dass private Pflegepersonen in deutlich geringerem Umfang an Erwerbstätigkeit partizipieren wie der Durchschnitt der Beschäftigten. Jede dritte erwerbstätige Hauptpflegeperson hat die Erwerbstätigkeit aufgrund der Pflegeverpflichtungen reduziert. Offenbar bestehen erhebliche Probleme, eine Erwerbstätigkeit mit der Pflege zu vereinbaren. Die im Rahmen des Pflegezeitgesetzes geschaffenen neuen Möglichkeiten werden jedoch noch sehr selten genutzt. Aus den Ergebnissen ist der Schluss zu ziehen, dass diese Optionen aus Sicht eines größeren Teils der Angehörigen an den Bedürfnissen der Pflegefamilien vorbeigehen. Zum anderen scheinen die Beseitigung von Informationsdefiziten bei den Angehörigen sowie Aufklärungsarbeit bei den Arbeitgebern wichtige Maßnahmen zu sein, um die Inanspruchnahme der Leistungen zu befördern. Dies ist von großer Relevanz, um auch langfristige negative Konsequenzen einer eingeschränkten Erwerbstätigkeit auf die soziale Sicherung der Pflegepersonen zu reduzieren.

6.7 Im Haushalt lebende (osteuropäische) Hilfskraft – ein neues Versorgungsmodell für die Mittelschicht?

Bei einem sukzessiv steigenden Pflegebedarf und insbesondere bei krisenhaften Ereignissen rückt für viele Angehörige die Frage in den Vordergrund, ob und wie eine stabile häusliche Versorgung nachhaltig sichergestellt werden kann. Dies betrifft Pflegebedürftige mit einem schweren körperlichen Pflegebedarf, aber auch viele Menschen mit Demenz, die unabhängig von ihrer körperlichen Verfassung einen hohen Betreuungsbedarf „rund um die Uhr“ haben. Einer Unterbringung in einem Pflegeheim stehen viele Pflegebedürftige und pflegende Angehörige skeptisch gegenüber: Sie fürchten einen Verlust an Selbständigkeit und an Pflege- bzw. Versorgungsqualität. Demenzkranken fällt überdies ein Wechsel von der vertrauten Umgebung in ein stationäres Setting häufig besonders schwer. In Folge dessen wird in einer

wachsenden Zahl von Haushalten mit einem hohen Pflege- und Betreuungsaufwand nach Alternativen für eine Heimunterbringung gesucht.

In diese Versorgungslücke stoßen Angebote zur so genannten „24-Stunden-Pflege“. Dabei handelt es sich um Arbeitskräfte zumeist aus Polen und anderen osteuropäischen (EU-)Ländern, die in der Regel einige Wochen oder Monate mit im Haushalt wohnen und die Versorgung des pflegebedürftigen Familienmitglieds leisten. Häufig übernehmen Vermittlungsagenturen die Rekrutierung und Vermittlung dieser Kräfte, die dann per Arbeitsvertrag im Pflegehaushalt angestellt oder über einen Dienstleistungsvertrag des Pflegehaushaltes mit der Vermittlungsagentur eingesetzt werden. Mit diesem Dienstleistungsangebot ist das Versprechen verbunden, dass quasi „Rundum-die Uhr“ die Betreuung des Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit sichergestellt wird.

Der Einsatz solcher Kräfte hat in den letzten Jahren zunehmende Verbreitung gefunden. Valide Daten liegen dazu nicht vor; Schätzungen der Gewerkschaft Verdi (2014) gehen davon aus, dass in deutschen Pflegehaushalten rund 115.000 bis 300.000 Migrantinnen beschäftigt sind. In 11 % der im Rahmen der Untersuchung befragten Pflegehaushalte wurden im Haushalt lebende „osteuropäische Hilfskräfte“ eingesetzt (vgl. [Abschnitt 6.1](#)). Hochgerechnet auf die Gesamtheit der Pflegehaushalte dürften in Deutschland 8 %, das entspricht etwa einer Zahl von 163.000 Pflegehaushalten, eine solche Hilfskraft beschäftigen.

Nach den Befragungsergebnissen stehen diese Kräfte unter einer extremen Arbeitszeitbelastung: Sie benötigten täglich im Durchschnitt rund zehn Stunden Zeit für Pflege- und Betreuungsaufgaben und waren damit zeitlich stärker in die Pflege eingebunden als der Durchschnitt der Hauptpflegerpersonen. Die größten Zeiteile benötigten die Kräfte mit 39 % für grundpflegerische Verrichtungen in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität sowie für Betreuungsaufgaben, die mit 35 % über ein Drittel des Zeitaufwands ausmachten. Während auch die hauswirtschaftliche Versorgung mit 23 % der Zeitaufwendungen ein wichtiges Arbeitsfeld ausmachte, spielten organisatorische Aufgaben oder die Begleitung zu Arztbesuchen fast keine Rolle – diese wurden in der Regel offenbar eher von Angehörigen bzw. von der Hauptpflegerperson wahrgenommen (ohne Tabelle, vgl. [Abschnitt 6.2](#)).

In den Haushalten, die eine im Haushalt wohnende Hilfskraft beschäftigt haben, wurden im Durchschnitt ca. 1800 Euro an finanziellen Kosten für diese Versorgungsform angegeben (vgl. [Abschnitt 6.3](#)). Darin gehen die Kosten für Entlohnung, Unterkunft, Verpflegung und weitere Nebenkosten wie z. B.

Sozialversicherungsbeiträge ein. Die Kosten für die Hilfskraft werden nicht durch die Pflegeversicherung übernommen, sondern müssen von den Pflegehaushalten privat aufgebracht werden. Der Bezug von Pflegegeld kann diese finanzielle Belastung nur teilweise kompensieren. Hinzu kommt, dass genügend Wohnraum im Haushalt vorhanden sein muss und dass trotz der Hilfskraft ein Aufwand für weitere Versorgungsleistungen anfällt, etwa für medizinische Behandlungspflege oder für Betreuungsleistungen, wenn die Hilfskraft arbeitsfrei hat.

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass eine im Haushalt lebende Hilfskraft vor allem von einkommensstärkeren Haushalten, in denen ein hoher Pflegebedarf besteht, genutzt wird: So hatte deutlich mehr als der Durchschnitt, nämlich mehr als ein Viertel (27%) der befragten Haushalte mit einem Monatseinkommen von mehr als 5.000 Euro eine solche Kraft beschäftigt. Es zeichnet sich also ab, dass dies ein Versorgungsmodell ist, das vor allem für die Mittelschicht als Alternative zur Heimunterbringung attraktiv erscheint. Haushalte mit geringem Einkommen und ohne Vermögen, das für eine solche Versorgung aufgezehrt werden kann, dürften sich die Beschäftigung einer Hilfskraft kaum über längere Zeit leisten können. Anzunehmen ist, dass den weniger wohlhabenden Schichten kaum eine Alternative bleibt, die Pflegebedürftigen in eine stationäre Versorgung zu geben, wenn der Pflegebedarf so stark steigt, dass er über das häusliche Pflegearrangement nicht mehr zu leisten ist. Übersteigen die Zuzahlungen für ein Pflegeheim die finanzielle Leistungsfähigkeit des Pflegebedürftigen, tritt hier die „Hilfe zur Pflege“ der Kommunen für die Sicherstellung der Versorgung ein.

Die wachsende Bedeutung der im Haushalt beschäftigten Hilfskräfte verweist zum einen auf das schwierige Image der stationären Heimunterbringung, die viele Menschen offenbar vermeiden wollen. Sie zeigt darüber hinaus eine Lücke in den bisherigen regulären Versorgungsangeboten auf, um eine umfassende Versorgung in der eigenen Häuslichkeit auch bei einem hohen Pflege- und Betreuungsaufwand sicherzustellen. Trotz ihrer offenbar wachsenden Beliebtheit bleibt die Nutzung der Hilfskräfte für große Bevölkerungsteile wegen der enormen finanziellen Belastungen und logistischen Voraussetzungen keine realistische Option. Hier zeigen sich also auch soziale Ungleichheitsstrukturen bei den Wahlmöglichkeiten für häusliche Versorgungsarrangements.

Darüber hinaus birgt die Beschäftigung „osteuropäischer“ Hilfskräfte eine Reihe von arbeitsrechtlichen und sozialemischen Problemen, die auf eine Prekarität dieser Beschäftigungsverhältnisse hinweisen (Emunds 2016). So zeigen die hier vorgelegten Befragungsergebnisse zur zeitlichen Inanspruchnahme

me dieser Hilfskräfte, dass die Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes offenbar kaum eingehalten werden. Eine klare Abgrenzung zwischen „Arbeitszeit“ und „Freizeit“ für diese Kräfte findet häufig kaum statt und es wird eine mehr oder minder permanente Arbeitsbereitschaft erwartet (ebenda).

Auch die Entlohnungsbedingungen dürften anhand der ermittelten Kosten für die beschäftigten Hilfskräfte als prekär einzuschätzen sein. So fällt der Durchschnittswert von ca. 1800 Euro pro Monat im Vergleich zu Modellrechnungen der Bundesagentur für Arbeit (ZAV 2016) für die Kosten einer „osteuropäischen Hilfskraft“ relativ gering aus – dort wird als Minimum für eine den arbeits- und sozialrechtlichen Mindeststandards entsprechende Beschäftigung ein Kostenrahmen von etwa 2.150 Euro errechnet. Dies könnte zum einen darauf verweisen, dass im Rahmen der Befragung manche Kosten zu niedrig eingeschätzt oder nicht angegeben wurden. Zum anderen könnte dies auch ein Indikator dafür sein, dass in der Praxis die gesetzlichen Regelungen zum Mindestlohn unterlaufen werden. Die Zahlung des Mindestlohns zuzüglich der Lohnnebenkosten scheint bei dem ermittelten Niveau an Gesamtkosten kaum realistisch – erst recht, wenn die real geleisteten Arbeitsstunden zum Entgelt in Beziehung gesetzt werden.

Das Modell der im Haushalt lebenden „osteuropäischen“ Hilfskräfte macht sich das Einkommensgefälle vor allem innerhalb der Europäischen Union zu Nutze. Studien zu der Heimatsituation der Hilfskräfte zeigen, dass diese nicht selten aus sozialen Zwangslagen heraus die Arbeit in deutschen Haushalten anbieten (Emunds 2016). In der Praxis werden die Arbeitsverhältnisse dieser modernen Dienstboten kaum den für reguläre (deutsche) Arbeitnehmer geltenden Arbeitsrecht- und Lohnstandards gerecht. Selbst bei Zugrundelegung einer arbeitsrechtlich möglichen 48-Stunden-Arbeitswoche wären mindestens drei Kräfte im Haushalt nötig, um eine tägliche 24-Stunden-Betreuung sicherzustellen. Im Grunde ist eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung von Pflegebedürftigen durch lediglich eine Hilfskraft im Haushalt nur unter „Ausbeutungsverhältnissen“ möglich (ebenda).

7 ERGEBNISSE DER STUDIE IM LICHT DER AKTUELLEN PFLEGEREFORMEN

Die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit ist – dies belegen einmal mehr die Ergebnisse dieser Studie – eine enorme individuelle und familiäre Herausforderung. Sie ist aber auch eine gesellschaftliche Aufgabe, wie die Diskussion um die Ausgestaltung der Pflegeversicherung und die vielfältigen „Pflegereformen“ der letzten Jahre zeigen. Die Art und Weise, wie die Pflegebedürftigkeit individuell, familiär und gesellschaftlich bewältigt wird, verweist dabei auf grundlegende Fragen der Gestaltung von Sozialpolitik und Wohlfahrtsstaat. So bestehen trotz der Einführung der Pflegeversicherung vor mehr als 20 Jahren unterschiedliche Chancen, Pflegebedürftigkeit erfolgreich zu bewältigen. Diese sozialen Ungleichheiten könnten im Zuge der zukünftig wachsenden Zahl von Pflegebedürftigen noch an Bedeutung gewinnen.

Vor dem Hintergrund der sozialpolitischen Implikationen werden im Folgenden die empirischen Ergebnisse der Studie resümiert. Daran schließt sich eine Diskussion der aktuellen Pflegeriformen im Lichte der Befunde an, bevor einige kritische Betrachtungen zu den Grundproblemen der Versorgungssituation in deutschen Pflegehaushalten angestellt werden.

7.1 Bewältigung von Pflegebedürftigkeit bleibt eine private Angelegenheit

Die Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland ist trotz der Einführung der Pflegeversicherung und trotz eines flächendeckenden Netzes an Pflegedienstleistern, Beratungs- und Unterstützungsangeboten immer noch primär eine Privatsache der Familien. Mehr als 70% der pflegebedürftigen Menschen werden zu Hause versorgt. Dabei bringen Pflegehaushalte nicht nur einen hohen zeitlichen Einsatz, sondern auch erhebliche finanzielle Mittel auf, um diese häusliche Versorgung aufrecht zu erhalten.

Tragende Säule der häuslichen Pflege ist die Hauptpflegeperson. Diese Person ist der maßgebliche Akteur, der das Pflegearrangement aufbaut, organisiert und wesentliche Teile der Versorgung leistet. Die meisten Hauptpflegepersonen sind Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter, wengleich die Zahl pflegender Männer offenbar wächst und mittlerweile rund ein Drittel der Hauptpflegepersonen ausmacht. Jede fünfte Hauptpflegeperson leistet

die Pflege ganz allein. Vor allem pflegende Eheleute nehmen selten informelle oder professionelle Hilfe in Anspruch. Die Einbindung weiterer Unterstützer in das Pflegearrangement fällt der Kindergeneration dagegen leichter: Pflegende Kinder und Schwiegerkinder nutzen häufiger sowohl informelle Hilfe als auch professionelle Dienstleistungen für die Pflege und Betreuung. Dennoch verzichten mehr als die Hälfte aller befragten Haushalte gänzlich auf Pflegedienste und auf andere professionelle Unterstützungsangebote – die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit erfolgt also überwiegend in privater Verantwortung durch informelle Helferinnen und Helfer.

Durch die differenzierte Abfrage der zeitlichen Aufwendungen für die verschiedensten Tätigkeitsbereiche von Pflege und Versorgung sowie für die einzelnen Akteure im häuslichen Pflegearrangement konnte gezeigt werden, dass nicht unerhebliche Zeitressourcen auch für bisher nur wenig beachtete Aktivitäten anfallen. Solche Aufgaben, wie etwa die Koordination der verschiedenen Helferinnen und Helfer, die formal-bürokratische Organisation der Hilfeleistungen, die Begleitung zu Ärzten oder zur Physiotherapie und die dazu zurückzulegenden Wegstrecken stellen aber häufig die Voraussetzung dar, um das Funktionieren des Pflegearrangements überhaupt erst sicherzustellen.

In einer gewichteten Gesamtbetrachtung waren in einem durchschnittlichen Pflegehaushalt in Deutschland rund 63 Stunden pro Woche für die Bewältigung der Pflegebedürftigkeit aufzubringen. Davon werden rund 90% von informellen Helferinnen und Helfern und rund 10% von professionellen Diensten abgedeckt. Den Löwenanteil der Versorgung tragen die Hauptpflegepersonen: Ihr durchschnittlicher täglicher Zeitaufwand entspricht mit rund sieben Stunden einem Vollzeit-Arbeitstag – an sieben Tagen in der Woche. Die größten Zeitanteile fließen dabei in die Betreuung des Pflegebedürftigen – dazu gehört auch die notwendige Präsenz, um jederzeit Hilfe leisten zu können – und in hauswirtschaftliche Unterstützung. Erst an dritter Stelle stehen die Zeitaufwendungen für die Körperpflege. Angesichts dieser Verteilung der zeitlichen Aufwendungen ist der Begriff von „Pflege“ bzw. von „Pflegebedürftigkeit“ zu reflektieren: Hilfebedarfe sind viel stärker durch die Bereiche alltagsnaher Unterstützung und Betreuung geprägt als durch körperliche Beeinträchtigungen, die eine Grund- und Behandlungspflege erforderlich machen.

Zwar überrascht es wenig, dass die zeitliche Belastung der Pflegepersonen mit zunehmendem Pflegebedarf bzw. höherer Pflegeeinstufung steigt. Jedoch entstehen Aufwendungen für die Pflege in nennenswertem Umfang bereits auch bei solchen Personen, die bisher im Rahmen der Prüfung der An-

spruchsberechtigung durch den MDK keine Pflegeeinstufung erhalten haben. In den Haushalten, deren Antrag auf Pflegeleistungen abgelehnt wurde, fiel ein zeitlicher Unterstützungsaufwand von gut vier Stunden täglich an, der sich wie bei den Personen mit Pflegeeinstufung vor allem im Bereich Hauswirtschaft und Betreuung manifestierte. Dies unterlegt im Nachgang nochmals die Bedarfe für die mit dem PSG II erfolgte Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Steigen im Laufe der Zeit die Pflege- und Betreuungsbedarfe stark an, so scheint für einen Teil der Pflegehaushalte die Beschäftigung einer im Haushalt lebenden Hilfskraft – in der Regel eine osteuropäische Arbeitsmigrantin – der einzige Weg zu sein, das häusliche Versorgungsarrangement aufrecht zu erhalten. Zwar betrifft dies aktuell noch weniger als jeden zehnten Pflegehaushalt. Doch angesichts der mit der Alterung der Gesellschaft verbundenen Zunahme der Pflegebedürftigkeit und insbesondere der heute schon großen und zukünftig deutlich steigenden Zahl von Demenzkranken mit ihrem immensen Betreuungsbedarf dürften diese Versorgungsarrangements weiter an Bedeutung gewinnen.

Die Beschäftigung dieser Kräfte offenbart jedoch Zielkonflikte und wird daher nicht umsonst kontrovers diskutiert: Aus der Versorgungsperspektive besteht einerseits die Chance, in der eigenen Häuslichkeit den betreffenden Pflegebedürftigen eine umfassende Unterstützung und Betreuung zukommen zu lassen. Dies ist vor allem für alleinlebende Personen relevant oder in solchen Konstellationen, in denen die Hauptpflegepersonen aus beruflichen, gesundheitlichen oder familiären Gründen nicht über die Möglichkeiten verfügt, die Pflege „rund um die Uhr“ zu realisieren. Andererseits scheint in der Praxis eine den arbeitsrechtlichen Mindeststandards entsprechende Beschäftigung dieser Kräfte kaum realisierbar. Zudem sind privat angestellte Hilfskräfte angesichts der damit verbundenen hohen Kosten nur für Haushalte aus stärkeren sozioökonomischen Milieus finanzierbar. Diese Versorgungsform ist also ein Modell für die besser verdienende Mittelschicht. Das Modell repräsentiert soziale Ungleichheitsstrukturen sowohl zwischen den betroffenen Pflegehaushalten in Deutschland wie auch zwischen den Einkommensniveaus in Deutschland und den zumeist osteuropäischen Herkunftsländern der Hilfskräfte. Aus sozialpolitischer Perspektive könnte überdies problematisiert werden, dass mit dem Pflegegeld erhebliche Leistungen der Pflegeversicherung in die Finanzierung prekärer bzw. regulierungsbedürftiger Beschäftigung fließen. Eine stärkere Regulierung bzw. Kontrolle der Arbeitszeit- und Entlohnungsbedingungen wiederum würde vermutlich zu einem weiteren Anstieg der Kosten für diese Kräfte führen, mit der Folge, dass die

Option für diese Versorgung nur den (noch) wohlhabenderen Haushalten zur Verfügung stehen würde.

Eine zentrale Frage liegt darin, wie die vorhandenen Angebote an professionellen Hilfen genutzt werden und welche Nutzungsbarrieren ggf. auftreten. Angesichts der hohen zeitlichen Belastungen der Angehörigen fällt der Befund ernüchternd aus, dass alle Hilfen, die als Sachleistung in der Pflegeversicherung verankert sind, von den Pflegehaushalten nur in eingeschränktem Maße in Anspruch genommen werden. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen nutzen am ehesten solche Hilfsangebote, die in der eigenen Häuslichkeit unkompliziert eingesetzt werden können. Dabei werden am häufigsten die ambulante Pflege und die Verhinderungspflege in Anspruch genommen. Die Nutzung von Kurzzeit- und Tagespflege hingegen bewegt sich auf einem niedrigen Niveau. Hier dürften trotz des bisherigen Ausbaus der Angebote Barrieren bei den Pflegebedürftigen und bei den Angehörigen eine Rolle spielen, z. B. eine unterschiedliche Akzeptanz des Angebots oder Skepsis, ob sich eine bestehende Demenz durch den notwendigen Ortswechsel vielleicht verschlimmern könnte. Fehlende oder lückenhafte Informationen zu den bestehenden Angeboten könnten weitere Gründe darstellen, die einer Nutzung von unterstützenden Angeboten entgegenstehen. So fehlen offenbar Informationen im Bereich neuerer Hilfen wie der Betreuungs- und Entlastungsleistungen oder im Hinblick auf veränderte Einsatzmöglichkeiten der Verhinderungspflege. Damit bleiben wichtige Unterstützungsressourcen von vielen Pflegehaushalten weitgehend ungenutzt. Hier könnten eine hochwertige Pflegeberatung und Fallbegleitung wichtige Informationen vermitteln und Akzeptanzprobleme abbauen – auch wenn sich in der Studie gezeigt hat, dass eine Herausforderung darin besteht, die Haushalte mit einer qualifizierten Pflegeberatung überhaupt erst zu erreichen.

Pflegehaushalte bringen darüber hinaus in erheblichem Maße privat getragene Kosten in die Versorgung ein. Im Durchschnitt wurden rund 360 Euro pro Monat eingesetzt, um das Engagement informeller Helferinnen und Helfer, professionelle Dienstleistungen und zusätzliche Kosten für Hilfsmittel, Medikamente etc. zu finanzieren. Dabei fallen finanzielle Aufwendungen keineswegs nur für die Inanspruchnahme professioneller Dienste an, sondern ebenso dafür, einen verlässlichen Einsatz weiterer Personen aus dem privaten Umfeld zu gewährleisten, etwa in Form von Aufwandentschädigungen, Fahrtkostenerstattungen etc.

Der Vergleich der Einkommenssituation zeigt, dass die Pflegebedürftigen in einkommensstarken Haushalten häufiger in die Pflegestufen II und III eingestuft sind. Setzt man eine Gleichverteilung der Pflegebedürftigkeit voraus,

so gelingt es den sozioökonomisch stärkeren Haushalten offenbar besser, eine höhere Pflegeeinstufung durchzusetzen. Die Pflegebedürftigen in Haushalten mit hohem Einkommen profitieren doppelt: für sie fließen sowohl mehr finanzielle Mittel als auch deutlich mehr Zeiteile in die Pflege als für Pflegebedürftige mit durchschnittlichem Einkommen. Insofern scheint sich die „Kompensationsthese“, der zu Folge in einkommensschwächeren Haushalten mangelnde Geldressourcen durch einen größeren Zeiteinsatz in der Angehörigenpflege ausgeglichen werden, nicht zu bestätigen. Dieser Befund zieht die Frage nach sich, wie einkommensschwächere Haushalte mit der Situation umgehen, wenn der Pflegebedarf steigt und die Versorgung im Rahmen des bestehenden Pflegearrangements nicht mehr sichergestellt werden kann. Sie könnten vor die Wahl gestellt sein, entweder die Überlastung von Angehörigen und das Risiko von Unterversorgung in Kauf zu nehmen, oder aber in eine stationäre Versorgung auszuweichen und bei Bedarf zur Finanzierung „Hilfe zur Pflege“ in Anspruch nehmen. In diesem Punkt besteht ein wichtiger Bedarf an weiterer empirischer Forschung.

Soziale Ungleichheiten zeigen sich auch im Zugang zur Pflegeberatung. Dabei bestätigen die Daten, wie wichtig die Pflegeberatung ist. Sie erhöht die Chancen deutlich, eine angemessene, bzw. höhere Pflegeeinstufung zu erhalten. Dennoch weisen die Befunde analog zu anderen Befunden (Schwinger et al. 2016) aus, dass zwei Fünftel der Pflegehaushalte durch die gesetzlich verankerte Pflegeberatung nicht erreicht werden. Anhand der Befunde kann gezeigt werden, dass überdurchschnittlich häufig Hauptpflegepersonen aus bildungsfernen Schichten auf Pflegeberatung verzichten. Damit verfestigen sich die oben angesprochenen Zugangsbarrieren sowohl für eine bedarfsgerechte Einstufung des Pflegebedürftigen als auch für die Integration der verschiedenen Sachleistungsangebote der Pflegeversicherung in das Pflegearrangement. Ein Verzicht auf solche Hilfen erhöht jedoch das Risiko, dass bei steigendem Pflegebedarf die häusliche Versorgung fragil wird – vor allem wenn diese sich (fast) ausschließlich auf das „Funktionieren“ der Hauptpflegeperson stützt. Pflegestützpunkte, denen im SGB XI eine Schlüsselfunktion für eine trägerneutrale Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zukommt, haben offenbar einen nur eingeschränkten Wirkungsgrad: Sie erreichen zusammen mit anderen Beratungsstellen nur jeden zehnten Pflegehaushalt mit ihrem Beratungsangebot.

Darüber hinaus sind pflegende Angehörige sehr häufig gezwungen, aufgrund der Pflegeverpflichtungen ihre eigenen beruflichen Interessen zurückzustellen: So nehmen Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter nur in deutlich reduziertem Umfang an Erwerbsarbeit teil. Rund ein Drittel hat die

Berufstätigkeit aufgrund der Pflegeverpflichtungen einschränken müssen. Dies bedeutet nicht nur einen Verzicht auf mögliches Einkommen, welches partiell noch durch den Bezug von Pflegegeld kompensiert werden kann. Trotz der Verbesserung der Rentenansprüche für Pflegenden muss zudem vermutet werden, dass Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter besonders vom Risiko der Altersarmut betroffen sind. Auch die Angebote des Pflegezeitgesetzes (etwa Freistellungsmöglichkeiten und Pflegeunterstützungsgeld) werden, wie die Studie belegt hat, bisher kaum in Anspruch genommen. Auch an dieser Stelle ist auf Seiten von Pflegepersonen und Arbeitgebern ein Bedarf an Information und Aufklärung zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu konstatieren.

7.2 Aktuelle Pflegereformen: Erweiterte Leistungen, noch offene Wirkungen

Zur Weiterentwicklung der Pflege und zur besseren Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen hat der Gesetzgeber seit 2015 drei Pflegestärkungsgesetze (PSG) aufgelegt. Nach jahrelangem Vorlauf und den konzeptuellen Vorarbeiten zweier Expertenkommissionen wird damit vor allem ein erweiterter Begriff der Pflegebedürftigkeit dem SGB XI zu Grunde gelegt. Während die PSG I und II auf eine stärkere Bedarfsgerechtigkeit und Individualisierung des Leistungsangebots und auf einen höheren Leistungsrahmen fokussieren, steht im PSG III im Vordergrund, die koordinierende und steuernde Funktion der Kommunen in der pflegerischen Versorgung auszubauen.

Damit greifen die Intentionen der Reformen einen Teil der Handlungsbedarfe auf, die auch in den Ergebnissen dieser Studie sichtbar werden:

- Im Rahmen des zum 1.1.2015 in Kraft getretenen PSG I wurde der Zugang zu einer ganzen Reihe von Leistungen verbreitert und verschiedene Kombinationsmöglichkeiten einzelner Leistungen geschaffen. Dadurch wird insbesondere die praktische Nutzbarkeit von Verhinderungspflege, Tagespflege und Kurzzeitpflege verbessert. Ebenso wurde das Spektrum der Betreuungsleistungen zusätzlich auf entlastende Dienstleistungen ausgeweitet. Alle genannten Leistungsverbesserungen zielen auf eine Stabilisierung häuslicher Versorgungsarrangements ab und stellen daher wichtige Schritte zur Entlastung pflegender Angehöriger. Betrachtet man allerdings die reale Inanspruchnahme dieser Angebote, so scheinen sie im Alltag der Pflegehaushalte eine noch untergeordnete Rolle zu spielen.

- Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes mit dem PSG II wird ab 2017 der Hilfebedarf von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz dem von körperlich Erkrankten gleichgestellt. Damit werden mehr Menschen, die vorwiegend einen Betreuungsbedarf und weniger einen körperlichen Grundpflegebedarf aufweisen, überhaupt eine Pflegeeinstufung erreichen bzw. in einen höheren Pflegegrad eingestuft. Diese wichtige Neuerung korrespondiert mit dem im Rahmen der Studie herausgearbeiteten Ergebnis, dass die höchste zeitliche Beanspruchung von Pflegehaushalten in betreuende Aufgaben fließt und dass auch für Personen, deren Antrag auf Pflegeeinstufung unter den alten Begutachtungsrichtlinien abgelehnt wurde, bereits ein erheblicher Pflegeaufwand besteht. Hier bleibt abzuwarten, inwiefern die höheren Leistungen und der erweiterte Kreis von Leistungsempfängern die Angehörigen wirksam bei den Betreuungsaufgaben entlasten können.
- Die hohen finanziellen Belastungen der Pflegehaushalte können durch eine Erhöhung der Geldleistungsbeträge reduziert werden. Allerdings ist zu bezweifeln, dass der Umfang der Leistungen zukünftig ausreichen wird, einkommensschwache Pflegehaushalte auch bei steigendem Pflegebedarf so zu entlasten, dass eine häusliche Versorgung nachhaltig und mit einer hohen Lebensqualität stabilisiert werden kann. Es kann vermutet werden, dass die hohen Zeitaufwände, die das private Umfeld von Pflegebedürftigen in die Versorgung einbringen muss, durch diese Verbesserungen bestenfalls partiell verringert werden können. Damit wird die häusliche Pflege weiterhin eine Hauptangelegenheit der informellen Helferinnen und Helfer bleiben.
- Das PSG III schließlich stößt in eine Lücke, die im Rahmen der Studie identifiziert werden konnte: die geringe Inanspruchnahme von Sachleistungen und den weit verbreiteten Verzicht auf Pflegeberatung. Wenn auch vielschichtige Gründe dazu führen, auf unterstützende Hilfen zu verzichten, ist zu betonen, dass immer noch nicht flächendeckend Beratungsangebote zur Verfügung stehen, die aus Sicht der Nutzer niedrigschwellig zu erreichen sind (z. B. durch das Angebot von Hausbesuchen). Die Kommunen zu unterstützen, zusätzliche und bürgernahe Pflegeberatungsangebote einzurichten, ist damit eine konsequente Weiterentwicklung des Gedankens, dass viele Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erst durch eine qualifizierte Fachberatung und Fallbegleitung ermutigt werden können, sich durch den Bezug von Sachleistungen zu entlasten und damit die häusliche Versorgung langfristiger zu stabilisieren. Inwiefern die Impulse des Gesetzgebers von den Kommunen umgesetzt wer-

den, muss jedoch die Zukunft zeigen. Der Zugang zu Beratung dürfte einen wichtigen Ansatzpunkt darstellen, soziale Ungleichheiten bei der Verteilung der Pflegelasten und bei der Nutzung von Leistungen der Pflegeversicherung abzubauen.

7.3 Angehörigenpflege zwischen Subsidiaritätsanspruch und wohlfahrtsstaatlicher Solidarität

Die Ergebnisse der Studie werfen neben den diskutierten Einzelaspekten auch die Frage nach der Leistungsfähigkeit und den Grenzen privater Pflegearrangements auf. Die Menschen, die die informelle häusliche Pflege leisten, stehen dabei im Spannungsfeld einer widersprüchlichen sozialpolitischen Bearbeitung der Pflegebedürftigkeit. So definiert der Gesetzgeber in den Zielbestimmungen der Pflegeversicherung (§§ 1 und 2 SGB XI) die Intention, Pflegebedürftigkeit sozial abzusichern und den Betroffenen je nach Schwere der Pflegebedürftigkeit „solidarische Unterstützung“ zukommen zu lassen, um ihnen ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Zugleich weist er in § 3 SGB XI der Förderung einer häuslichen Pflege und der Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn einen Vorrang zu. Die Pflege soll also einerseits gesellschaftlich, andererseits dem Subsidiaritätsprinzip folgend primär in den Familien geleistet werden.

Trotz der unbestreitbar großen Fortschritte seit der Einführung der Pflegeversicherung und der nachfolgenden Pflegereformen bleiben angesichts der Ergebnisse dieser Studie Fragen nach der Balance zwischen privat zu tragender und gesellschaftlicher Verantwortung für die Pflege offen. Im Alltag der Pflegehaushalte werden Friktionen sichtbar, die einer zukünftigen politischen Bearbeitung bedürfen:

- Zunächst weist die zurückhaltende Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten darauf hin, dass die Verknüpfung von informeller Hilfe und professioneller Dienstleistung in deutschen Pflegehaushalten bisher noch nicht ausreichend gelingt. Dies hat wie dargestellt vielfältige Gründe. Unzweifelhaft besteht ein großer Bedarf an Beratung und psychosozialer Begleitung, um Pflegebedürftige und Angehörige dafür zu sensibilisieren, auf diese Angebote als selbstverständlichen Teil der Versorgung stärker zurückzugreifen. Die mangelnde Nutzung von Unterstützungsangeboten hat gravierende Folgen für die Belastung der informell Pflegenden und möglicherweise auch für die Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen. Das Verhältnis zwischen formell und informell erbrachter Leistung

gen verweist darüber hinaus auf die Frage, ob die Anreize zur Nutzung von Hilfen richtig gesetzt sind. Perspektivisch ist darüber nachzudenken, ob das Pflegegeld eine für die Qualität der Versorgung zukunftsfähige Leistung darstellt oder ob es sinnvoll sein kann, für die Abdeckung der Bedarfe an Pflege und Betreuung das Sachleistungsprinzip zu stärken, das ja auch z. B. der Krankenversicherung zugrunde liegt.

- Ein weiterer Bruch liegt zwischen der subsidiären Zuweisung der Pflegeverantwortung an die Familien und der arbeitsmarktpolitisch gewollten Stärkung von Beschäftigungsfähigkeit und Teilhabe am Erwerbsleben, kurz: in der mangelnden Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf. Dieser Aspekt hängt einerseits mit dem oben angesprochenen Problem der Nutzung unterstützender Infrastrukturen zusammen. Eine wichtige Voraussetzung für die stabile Integration pflegender Angehöriger in Erwerbsarbeit ist zum einen der (weitere) Ausbau und eine deutlich stärkere Nutzung ambulanter und teilstationärer Angebote, die eine angemessene Versorgung über den Tag sicherstellen. Zum anderen ist zu konstatieren, dass im Unterschied zu den bezahlten Freistellungsmöglichkeiten für Kinderbetreuungsaufgaben die entsprechenden Regelungen für Berufstätige mit Pflegeaufgaben noch nicht optimal gelöst sind und möglicherweise auch die Akzeptanz in der Arbeitswelt für Pflegeverpflichtungen noch fehlt. Dies indizieren auch die geringen Nutzungszahlen der Angebote des Pflegezeitgesetzes. Dass pflegende Angehörige dauerhaft ihre Erwerbsarbeit deutlich reduzieren oder sogar ganz aufgeben ist allerdings auch der Tatsache geschuldet, dass die Versorgungsnotwendigkeiten in der häuslichen Pflege in der Regel kaum zeitliche Spielräume für eine geregelte Berufstätigkeit lassen und auch in ihrer Langfristsicht nicht abzuschätzen sind.
- Schließlich liegt eine gravierende Friktion zwischen der häuslichen und der stationären Versorgungssituation. Für die Pflegebedürftigen wie auch für pflegende Angehörige stellt es ein ausgesprochenes Krisenszenario dar, wenn die häusliche Versorgung trotz des Engagements aller Helfer zusammenbricht und eine Heimunterbringung in Erwägung gezogen bzw. angestrebt werden muss. Dies hängt vor allem mit dem öffentlichen Bild der stationären Pflege zusammen. Verbreitet bestehen offenbar Ängste vor einer Reduzierung der Selbstbestimmung und der Lebensqualität bei einem Umzug aus den eigenen vier Wänden ins Heim. Insofern erfolgt dieser Schritt in der Regel nicht aus freien Stücken, sondern als letzte unausweichliche Maßnahme. In der Folge verstärkt sich die Fixierung, unter allen Umständen die Versorgung in der Häuslichkeit möglichst lan-

ge aufrecht zu erhalten – bis an die Grenzen der finanziellen Belastbarkeit der Pflegehaushalte und der zeitlichen und psychischen Belastbarkeit der Hauptpflegepersonen.

Paradoxerweise greift eine umfängliche finanzielle Sicherstellung der Versorgungssituation durch die Pflegeversicherung erst im stationären Setting. Die zu zahlenden Eigenleistungen wurden mit dem Inkrafttreten des PSG II vom Pflegebedarf entkoppelt – können sie nicht durch die Pflegebedürftigen erbracht werden, springt die kommunale „Hilfe zur Pflege“ ein. Die Pflegeversicherung greift also erst in vollem Maße, wenn die Familien die Pflegeverantwortung nicht mehr tragen können. Hier ist Sozialpolitik gefordert, klare Prioritäten zu setzen: Entweder ist die Situation in der stationären Pflege so stark zu verbessern, dass sich das „Leben im Heim“ zu einer attraktiven Alternative entwickelt, oder häusliche Settings zu ermöglichen und zu finanzieren, die auch eine umfassende Versorgung bei schwerster Pflegebedürftigkeit leisten können.

Die hier vorliegende Studie bildet eine Bestandsaufnahme der Situation vor Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Sie zeigt, wie bereits eine Reihe von Vorgängerstudien, den enormen finanziellen und zeitlichen Einsatz, den Angehörige für die Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland leisten. Mit ihrem differenzierten Abbild kann die Studie gewissermaßen als Referenz für künftige Arbeiten dienen, die die Wirkungen und letztendlich den Erfolg des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes im PSG II betrachten wollen. Entscheidende Kriterien dürften dabei sein, ob sich die zeitlichen Belastungen künftig verringern, ob die Beratungs- und Hilfeangebote stärker genutzt werden und ob es gelingt, dass pflegende Angehörige existenzsichernde Erwerbsarbeit und Pflegeaufgaben miteinander vereinbaren können. Unabhängig von der empirischen Datenlage bleibt es eine politisch zu klärende und über die gegenwärtigen Reformschritte deutlich hinausgehende Frage, ob die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit als gesellschaftspolitische Aufgabe definiert und gelöst oder weiterhin ein primär privates, von den Familien zu tragendes Risiko bleiben wird.

8 ANHANG

8.1 Überprüfung der Samplestruktur und der Erhebungssituation auf Verzerrungseffekte

Aufgrund der besonderen Erhebungssituation und der damit verbundenen Samplestruktur war es geboten, die Daten auf mögliche Verzerrungseffekte hin zu überprüfen. Um zu bestimmen, inwieweit es – je nachdem, ob die Daten direkt oder stellvertretend bzw. via mündlicher oder schriftlicher Befragung zustande gekommen sind – zu systematischen Abweichungen gekommen ist, wurden bei erkenntnisrelevanten Variablen parameterfreie statistische Tests¹⁷ durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden diskutiert werden sollen.

Verglichen wurden zunächst die Ergebnisse bezüglich der Einkommenssituation, den Gesamtkosten sowie den Zeitaufwendungen der befragten Pflegehaushalte entlang der unterschiedlichen Erhebungsmethoden. Dabei zeigte es sich, dass die mittleren Rangsummen weder bei den Haushaltseinkommen ($p=0,605$), noch bei den Zeitaufwendungen ($p=0,066$) signifikant voneinander abwichen. Lediglich bei den Gesamtausgaben scheinen in den Interviews durchschnittlich etwas niedrigere Angaben zu den Kosten gemacht worden zu sein.

Tabelle 33

Erhebungssituation und Auskunftspersonen

Hauptpflegeperson Pflegebedürftige Person			Befragungsperson		Gesamt
Erhebungsmethode	Interview	Anzahl	374	171	545
			37%	17%	53%
	Fragebogen	Anzahl	419	60	479
			41%	6%	47%
Gesamtsumme		Anzahl	793	231	1024
			77%	23%	100%

¹⁷ Zum Einsatz kam hier der Mann-Whitney-U-Test.

Tabelle 34

Erhebungssituation und Haushaltseinkommen

	Daten- erhebung	n	Mittlerer Rang	Summe der Ränge
Einkommen Pflegehaushalt (n=986)	Interview	511	498,02	254488,5
	Fragebogen	475	488,64	232102,5
Gesamtkosten (n=1024)	Interview	545	441,54	240637,0
	Fragebogen	479	593,24	284163,0
Zeitaufwendungen pro Tag (n=1024)	Interview	545	496,54	270616,5
	Fragebogen	479	530,65	254183,5

	Einkommen Pflegehaushalt	Gesamt- kosten	Zeitaufwen- dungen pro Tag
Mann-Whitney- U-Test	119052,5	91852,0	121831,5
Wilcoxon-W	232102,5	240637,0	270616,5
U	-0,517	-8,191	-1,842
Asymp. Sig. (2-seitig)	0,605	0,000	0,066

Untersucht man das Sample nach Abweichungen, die sich im Zusammenhang mit den verschiedenen Befragungspersonen ergeben, zeigt sich zunächst, dass die durchschnittlichen Angaben zu Einkommen ($p < 0,001$), Ausgaben ($p < 0,001$) und Zeitaufwendungen ($p < 0,001$) signifikant höher ausfallen, wenn Hauptpflegepersonen befragt wurden, als wenn Pflegebedürftige selbst hierüber Auskunft gaben. Der dadurch entstehende Eindruck einer systematischen Verzerrung – etwa dadurch verursacht, dass die stellvertretenden Hauptpflegepersonen aus Unkenntnis der tatsächlichen Einkommens- und Ausgabensituation abweichende Angaben machten – lässt sich bei näherer Betrachtung jedoch entkräften.

Für diese Abweichungen finden sich bei näherer Hinsicht gewichtige Argumente, die eher mit der Lebenswirklichkeit der Pflegebedürftigen zusammenhängen, als mit vermeintlichen Schätzfehlern im Kontext einer Stellvertreterbefragung. So lebten von den 231 Befragten, die selbst von Pflegebe-

Befragungsperson und Einkommen sowie Geld- und Zeitaufwendungen

	Befragungs- person	n	Mittlerer Rang	Summe der Ränge
Einkommen Pflegehaushalt (n=986)	Hauptpflegeperson	764	530,27	405126,5
	Pflegebedürftige Person	222	366,96	81464,5
Gesamtkosten (n=1024)	Hauptpflegeperson	793	531,82	421734,0
	Pflegebedürftige Person	231	446,17	103066,0
Zeitaufwendungen pro Tag (n=1024)	Hauptpflegeperson	793	567,86	450311,5
	Pflegebedürftige Person	231	322,46	74488,5

	Einkommen Pflegehaushalt	Gesamtkosten	Zeitaufwen- dungen pro Tag
Mann-Whitney- U-Test	56711,5	76270,0	47692,5
Wilcoxon-W	81464,5	103066,0	74488,5
U	-7,526	-3,874	-11,098
Asymp. Sig. (2-seitig)	0,000	0,000	0,000

dürftigkeit betroffen waren, 48,7% in Einpersonenhaushalten. Bei den anderen 793 Pflegebedürftigen, deren Daten über die Hauptpflegepersonen ermittelt wurden, waren es nur 23,6%. Die Pflegebedürftigen, die selbst an der Befragung teilnahmen, waren also mehr als doppelt so häufig alleinstehend, wodurch sich das im Durchschnitt geringere Haushaltseinkommen erklären lässt. Zugleich haben die Befragten dieser Gruppe die niedrigeren Pflegestufen und sind nur marginal von einer dauerhaft eingeschränkten Alltagskompetenz betroffen. Während 56,6% der Pflegebedürftigen, deren Hauptpflegepersonen befragt wurden, in den Pflegestufen II und III eingruppiert waren, war dies bei lediglich 26% der selbst befragten Pflegebedürftigen der Fall. Durch die unterschiedliche Verteilungsstruktur bei den Pflegestufen können wiederum die Abweichungen bei den Gesamtkosten und den Zeitaufwendungen erklärt werden.

8.2 Daten zur Stichprobenbeschreibung

Tabelle 36

Altersstruktur der Pflegebedürftigen über 65 Jahre (Stichprobe und Pflegestatistik)

Alter	Stichprobe		Pflegerstatistik	
	Häufigkeit	Anteil	Häufigkeit	Anteil
65 bis 69 Jahre	59	5,8%	136 976	5,8%
70 bis 74 Jahre	107	10,4%	214 427	9,0%
75 bis 79 Jahre	173	16,9%	422 093	17,8%
80 bis 84 Jahre	239	23,3%	533 737	22,6%
85 bis 89 Jahre	210	20,5%	589 665	24,9%
90 und mehr Jahre	236	23,0%	474 942	20,0%
Gesamt	1024	99,9%	2 371 840	100,1%

Quelle Pflegestatistik: Statistisches Bundesamt 2017

Tabelle 37

Schulbildung der pflegebedürftigen Person

	männlich	Geschlecht		Gesamt
		weiblich		
kein Schulabschluss	Häufigkeit	17	43	60
	Anteil	5%	7%	6%
Hauptschulabschluss	Häufigkeit	206	417	623
	Anteil	60%	65%	63%
Realschulabschluss	Häufigkeit	64	126	190
	Anteil	19%	20%	19%
(Fach-)Abitur	Häufigkeit	57	53	110
	Anteil	17%	8%	11%
Gesamtsumme	Häufigkeit	344	639	983
	Anteil	101%	100%	99%

Abweichungen von 100% in der Summe sind rundungsbedingt

Tabelle 38

Berufsbildung der pflegebedürftigen Person

		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
kein beruflicher Abschluss	Häufigkeit	26	234	260
	Anteil	8%	36%	26%
abgeschlossene Berufsausbildung	Häufigkeit	194	350	544
	Anteil	56%	55%	55%
Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss	Häufigkeit	69	23	92
	Anteil	20%	4%	9%
abgeschlossenes Studium	Häufigkeit	58	35	93
	Anteil	17%	6%	9%
		347	642	989
		101%	101%	99%

Abweichungen von 100% in der Summe sind rundungsbedingt

8.3 Daten zur Struktur des Pflegearrangements

Tabelle 39

Schulbildung Hauptpflegeperson

	Häufigkeit	Anteil
kein Schulabschluss	15	2%
Hauptschulabschluss	345	37%
Realschulabschluss	346	37%
(Fach-)Abitur	229	25%
Gesamtsumme	935	101%

Abweichungen von 100% in der Summe sind rundungsbedingt

Tabelle 40

Berufsbildung Hauptpflegeperson

	Häufigkeit	Anteil
kein beruflicher Abschluss	61	7%
abgeschlossene Berufsausbildung	599	64%
Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss	103	11%
abgeschlossenes Studium	180	19%
Gesamtsumme	943	101%

Abweichungen von 100% in der Summe sind rundungsbedingt

Tabelle 41

Größe der Pflegehaushalte

	Häufigkeit	Anteil
1,00	298	29%
2,00	564	55%
3,00	118	12%
4,00	25	3%
5,00	13	1%
6,00	1	0,1%
Gesamtsumme	1019	100,1%

Abweichungen von 100% in der Summe sind rundungsbedingt

8.4 Gewichtung der Mittelwertberechnungen

Berechnungsgrundlage der Gewichtungen sind die zum Zeitpunkt der Auswertungen verfügbaren Verteilungen der Pflegestufen in der Gesamtpopulation nach der Pflegestatistik 2013 (Statistisches Bundesamt, 2015, S.9). Die Zahlen für 2015 (Statistisches Bundesamt 2017) lagen zum Zeitpunkt der statistischen Berechnungen noch nicht vor; sie weichen in der Verteilung der

Pflegestufen aber auch nur geringfügig von den Zahlen des Jahres 2013 ab. Für die Gewichtung wurden zu der Gesamtpopulation die Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, aber ohne Pflegestufe hinzugerechnet („Pflegestufe Null“). Demnach waren unter den häuslich versorgten Versicherten 4,95% in der „Pflegestufe Null“. In Pflegestufe I befanden sich 59,93%, in Pflegestufe II befanden sich 27,26% und in Pflegestufe III befanden sich 7,84%. Da die amtliche Pflegestatistik keine Daten zur Zahl abgelehnter Anträge enthält, wurden diese für die gewichtete Darstellung aus dem Sample herausgerechnet.

Die gewichtete Darstellung dient dazu, die durchschnittlichen Zeit- und Geldaufwendungen auf die Grundgesamtheit der Pflegebedürftigen hochzurechnen. Hintergrund ist dabei der Umstand, dass sich die Pflegestufen im Sample nicht proportional zu den Pflegestufen in der Gesamtpopulation verteilen. Da die Höhe der Pflegestufe aber die Aufwendungen maßgeblich beeinflusst, müssen die Durchschnittswerte zu den Aufwendungen relativiert werden, indem sie mit einem Gewichtungsfaktor versehen werden.

Tabelle 42

Gewichtung nach Pflegestufen

	Gesamtpopulation		Sample		Gewichtung der MW	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil		
„Pflegestufe Null“	97.157	4,95%	148	15,7%	$4,95 \div 15,7$	$\frac{\Delta \text{ MW}}{\times} 0,3152$
Pflegestufe I	1.174.179	59,93%	281	29,9%	$59,93 \div 29,9$	$\frac{\Delta \text{ MW}}{\times} 2,0043$
Pflegestufe II	534.014	27,26%	247	26,3%	$27,26 \div 26,3$	$\frac{\Delta \text{ MW}}{\times} 1,0365$
Pflegestufe III	153.582	7,84%	262	27,9%	$7,84 \div 27,9$	$\frac{\Delta \text{ MW}}{\times} 0,2810$
Gesamt	1.958.932	99,98%	938	99,8%		

Abweichungen von 100% in der Summe sind rundungsbedingt

9 LITERATUR

- Auth, Brüker, D.; Dierkes, M.; Leiber, S. Vukoman; M. (2015):** Wenn Mitarbeiter Angehörige pflegen: Betriebliche Wege zum Erfolg. Ergebnisse des Projekts „Männer zwischen Erwerbstätigkeit und Pflege“ (MÄNNEP). Düsseldorf. www.boeckler.de/pdf_fof/91395.pdf (Zugriff am 21.3.2017).
- Becker, R. (2012):** Bildungsbeteiligung und Bildungschancen. In: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Blass, K. (2011):** Altenpflege zwischen Jederfrauqualifikation und Expertentum. Verberuflichungs- und Professionalisierungschancen einer Domäne weiblicher (Erwerbs-) Arbeit. Saarbrücken: iso-institut.
- Blinkert, B. (2007):** Bedarf und Chancen. Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen im Prozess des demografischen und sozialen Wandels. In: Pflege & Gesellschaft, 12. Jg.: 227–239.
- Blinkert, B.; Klie, T. (2008):** Soziale Ungleichheit und Pflege. APuZ, 12–13/2008: 27–32.
- BMFSFJ (2002):** Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2015):** Pressemitteilung Nr. 7/2015. Wiesbaden.
- Bundesministerium für Gesundheit (2016):** Referentenentwurf. Entwurf des Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze. Drittes Pflegestärkungsgesetz-PSG III. Stand: 24.04.2016.
- DAK Gesundheit (2015):** Pflegereport 2015. So pflegt Deutschland. https://www.dak.de/dak/download/Pflegereport_2015-1701160.pdf (Zugriff: 03.05.2016).
- Deutscher Bundesrat (2001):** Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungsgesetz-Ergänzungsgesetz). Drucksache 640/01.
- Deutscher Bundesrat (2016):** Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III). Drucksache 720/16.
- Deutscher Bundestag (2008):** Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. 16. Wahlperiode. Drucksache 16/7772.
- Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege (DEVAP) (2016):** DEVAP-Positionspapier Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Berlin.
- Emunds, Bernhard (2016):** Damit es Oma gut geht. Pflege-Ausbeutung in den eigenen vier Wänden. Frankfurt am Main.
- Eurostat (2013):** EU SILC. [Epp.eurostat.ec.europa.eu](http://epp.eurostat.ec.europa.eu).
- Eurostat (2015):** Persons working part-time or with a second job. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Persons_working_part-time_or_with_a_second_job,_2004%E2%80%9314_\(%25_of_total_employment\)_YB15-de.png&oldid=269490](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Persons_working_part-time_or_with_a_second_job,_2004%E2%80%9314_(%25_of_total_employment)_YB15-de.png&oldid=269490) (Zugriff: 16.1.2017).
- Geiger, M; Kirchen-Peters, S. (2007):** Kurzzeitpflege vor der Reform: Perspektiven eines Versorgungsbausteins. Saarbrücken.
- Geyer, J. (2015):** Einkommen und Vermögen der Pflegehaushalte in Deutschland. DIW Wochenbericht, Jg. 82, Nr. 14/15: 323–329.
- Geyer, J.; Schulz, E. (2014):** Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. DIW Wochenbericht, Jg. 81, Nr. 14: 294–302.

- Gräßel, E.; Behrmdt, E. (2016):** Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. In: Jacobs, K.; Kuhlmei, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. *Pflegereport 2016. Die Pflegenden im Fokus: 169–187.* Stuttgart.
- Hielscher, V.; Nock, L.; Kirchen-Peters, S.; Blass, K. (2013):** Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit. Springer: Wiesbaden.
- Jacobs, K.; Kuhlmei, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (2016):** *Pflegereport 2016.* Stuttgart.
- Korczak, D.; Habermann, C.; Braz, S. (2013):** Die Wirksamkeit von Ergotherapie bei mittlerer bis schwerer Demenz. HTA-Bericht 129. Köln.
- Kirchen-Peters, S. (1999):** Die Tagespflege zwischen konzeptionellem Anspruch und realer Vielfalt. Ein Handlungskonzept basierend auf der Evaluation von Tagespflegen. Saarbrücken.
- Kirchen-Peters, S. (2016):** Sektorenübergreifende Hilfen nach Erstdiagnose Demenz im Krankenhaus Ergebnisse des Projekts Dem-i-K plus. Saarbrücken.
- Lüngen, M. (2012):** Vollversicherung in der Pflege – Quantifizierung von Handlungsoptionen. Gutachten für die Gewerkschaft Verdi. http://www.verdi-news.de/download/17_12_Gutachten_Pflegeversicherung_lang.pdf (Zugriff: 16.06.2014).
- Meißner, Sebastian (2015):** Marktanalyse – Entwicklung Tagespflegen in Deutschland. <https://www.pflegemarkt.com/2015/11/29/marktanalyse-entwicklung-tagespflegen-in-deutschland/> (Zugriff: 15.2.2017).
- Meyer, M. (2006). Pflegende Angehörige in Deutschland. Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen. Verfügbar unter:** https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:XE2ncNKseQ8J:https://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_germany_de_final_a4.pdf+%&cd=4&hl=de&ct=clnk&gl=de (Zugriff: 15.07.16).
- Neubauer, S.; Holle, R.; Menn, P. Grossfeld-Schmitz, M.; Graesel, E. (2008):** Measurement of informal care time in a study of patients with dementia. In: *International Psychogeriatrics* 20. Jg.: 1160–1176.
- Robert Koch-Institut (2014):** Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012.“ Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Müller, R.; Runte, R.; Unger, R. (2015):** BARMER GEK *Pflegereport 2015.* Siegburg.
- Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R.; Weiß, C.; Wolter, A. (2012):** BARMER GEK *Pflegereport 2012.* Siegburg.
- Schmidt, M.; Schneekloth, U. (2011):** Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit. Berlin.
- Schneekloth, U.; Wahl, H.W. (2005):** Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). München.
- Schwinger, A.; Tsiasioti, C.; Klauber, J. (2016):** Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege. Eine Befragung pflegender Angehöriger. In: Jacobs, K.; Kuhlmei, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. *Pflegereport 2016: 189–216.* Stuttgart.
- Sopp, P.; Wagner, A. (2013):** Verwandtschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person. In: WSI GenderDatenPortal, Pflege 03.
- Statistisches Bundesamt (2010):** Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2015):** *Pflegestatistik 2013 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.* Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2017a): Pflegestatistik 2015 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2017b): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus. 2014. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.

Tillmann, R.; Harazim, T. (2015): Einheitlicher Eigenanteil für Pflegeheimbewohner. Für Heime kann es teuer werden. In: CAREkonkret, Ausgabe 36: 2.

Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (Verdi) (2014): Migrantinnen aus Osteuropa in Privathaushalten. Problemstellungen und politische Herausforderungen. Berlin.

Wetzstein, M.; Rommel A.; Lange, C. (2015): Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. GBE Kompakt. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut. 6. Jg., Nr. 3: 1–11.

Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit (2016): Vermittlung von europäischen Haushaltshilfen. Bonn.

Zentrum für Qualität in der Pflege (2013): Versorgungsformen in Deutschland. Untersuchung zu Einflussfaktoren auf die Nachfrage spezifischer Versorgungsleistungen bei Pflege- und Hilfebedarf. Berlin.

Die meisten Pflegebedürftigen werden in den eigenen vier Wänden von ihren Angehörigen versorgt. Was bedeutet die Übernahme dieser Aufgabe für die Hauptpflegepersonen und für die weiteren Helfer, die Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Unterstützung leisten? Welche Rolle spielen professionelle Unterstützungsangebote? Welche zeitlichen und finanziellen Verpflichtungen gehen mit der Versorgung zu Hause einher? Die vorliegende Studie liefert umfassende Daten zu diesen Fragen. Sie zeigt dabei auf, dass Strukturen gesellschaftlicher Ungleichheit auch die Möglichkeiten der privaten Haushalte zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit prägen.

WWW.BOECKLER.DE

ISBN 978-3-86593-272-3