

**AOK-Trendbericht Pflege II**  
**- Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit**  
**Einführung der Pflegeversicherung -**

**Prof. Dr. P. Runde, R. Giese, C. Kaphengst, J. Hess, S. Weber**

*Finanziert mit Unterstützung des AOK-Bundesverbandes*

## **Impressum**

### **Rote Reihe**

ISSN 1613-4680

Band 18, 2. Auflage, Hamburg 2011

### **Herausgeber**

Prof. Dr. Peter Runde  
Arbeitsstelle Rehabilitations-  
und Präventionsforschung,  
Institut für Soziologie,  
Universität Hamburg

Sedanstraße 19  
20146 Hamburg

Telefon 040-42838-3627

Telefax 040-42838-8010

E-Mail: [sek.reha@uni-hamburg.de](mailto:sek.reha@uni-hamburg.de)

Internet: <http://www.rpf.uni-hamburg.de>

### **Druck**

Print&Mail, Universität Hamburg

## Inhaltsverzeichnis

1.	Vorbemerkung .....	5
2.	Wandel der Einstellungen zur Übernahme von Pflegeleistungen .....	6
3.	Wandel bei den Pflegearrangements .....	10
4.	Pflege und Pflegesituation .....	21
5.	Zufriedenheit mit der Pflegeversicherung und Inanspruchnahme von Leistungen....	31
6.	Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes .....	42
	6.1. Wirkung der Regelung Pflegezeit für Erwerbstätige .....	42
	6.2. Kurzfristige Freistellung .....	45
	6.3. Teilstationäre Pflege .....	45
7.	Abschließende Bewertung .....	47
8.	Empfehlungen .....	55
	8.1. Reformmaßnahmen zur Stützung der häuslichen Pflege .....	55
	8.1.1. Zwei-Personen-Pflege als gesellschaftliches Leitbild und gesetzlich empfohlener Mindeststandard .....	55
	8.1.2. Sicherung „Humaner Pflege“ im Pflegedienstsektor .....	57
	8.1.3. Aufteilung und Aufstockung der Kombileistung.....	58
	8.1.4. Maßnahmen zur Erwerbstätigkeit für eine bessere Vereinbarung von Pflege und Beruf .....	60
	8.1.5. Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitskonzepts, wenn sich damit auch reale Verbesserungen im Leistungsumfang für die Pflegehaushalte ergeben .....	61
	8.2. Anreizsteuerung für die Angehörigenpflege.....	62
9.	Anhang.....	66
	9.1. Soziodemografische Daten .....	66
	9.2. Trendverzeichnis.....	72
	9.3. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis .....	73



## 1. Vorbemerkung

Zum zweiten Mal nach 2002 hat die Universität Hamburg in Kooperation mit dem AOK-Bundesverband und den AOKs die wesentlichen Trends in der häuslichen Pflege erhoben. Befragt wurden – im Rahmen einer bundesweit repräsentativ angelegten Studie – 1266 AOK-Leistungsempfänger der Pflegeversicherung, die ambulante Leistungen in Anspruch nehmen.

Grundlage dieser Erhebung ist eine Langzeitstudie zu den Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die häusliche Pflege, die im Jahr 1996 von der Universität Hamburg mit mehreren gesetzlichen und privaten Krankenkassen begonnen wurde. Die aktuelle Erhebung ist bereits die vierte Querschnittsbefragung in deutschen Pflegehaushalten und ermöglicht erstmalig, die längerfristigen Trends seit Einführung der Pflegeversicherung darzulegen und Hintergründe aufzuzeigen.

Neben der Darlegung und Analyse der längerfristigen Trends geht es im Rahmen dieser Studie auch darum, die Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes aus dem Jahr 2008 für die häusliche Pflege zu analysieren. Da dieses Gesetz noch relativ neu ist, beschränkt sich die Analyse auf einige ausgewählte Fragestellungen. Neben der generellen Frage, ob mit dem neuen Gesetz, das u.a. Leistungsverbesserungen für die häusliche Pflege vorsieht, die Zufriedenheit wieder zunimmt, stehen die neuen Regelungen zur sechsmonatigen Pflegezeit für Erwerbstätige und zur kurzfristigen Freistellung von der Erwerbstätigkeit für die Pflegeorganisation im Vordergrund. Ein dritter Themenschwerpunkt der aktuellen Studie befasst sich mit Fragen des Pflegeaufwands und des Mitteleinsatzes in Pflegehaushalten. Die Ergebnisse zu diesem Schwerpunktthema werden in einem gesonderten Bericht vorgestellt.

Die folgenden Ergebnisse basieren auf den schriftlichen Befragungen von AOK-Leistungsempfängern, die zu Hause gepflegt werden und nicht unter 30 Jahre alt sind. Insofern können diese Ergebnisse nicht als repräsentativ für alle Leistungsempfänger der Pflegeversicherung angesehen werden, die ambulant/häuslich gepflegt werden. Die Forschungserfahrungen aus früheren Erhebungen, an denen auch andere gesetzliche und private Krankenkassen beteiligt waren, haben allerdings gezeigt, dass die Ergebnisse zwischen den Versicherten unterschiedlicher Kassen nicht gravierend voneinander abweichen, so dass die hier vorliegenden Ergebnisse durchaus als stellvertretend für andere gesehen werden können. Die Repräsentativitätsprüfung zeigt darüber hinaus, dass nur geringfügige Abweichungen von der offiziellen Statistik hinsichtlich Pflegestufe, Geschlecht oder Alter gegeben sind. Bei den Leistungsempfängern zeigt sich, wie bereits in den früheren Erhebungen, ein geringerer Anteil unter den reinen Sachleistungswählern, während die Empfänger von Kom-

binationsleistungen etwas häufiger vertreten sind. Dies wurde durch eine entsprechende statistische Gewichtung ausgeglichen. Der Anteil an Geldleistungsempfängern entspricht der offiziellen Statistik. Eine tabellarische Darstellung hierzu findet sich im Anhang.

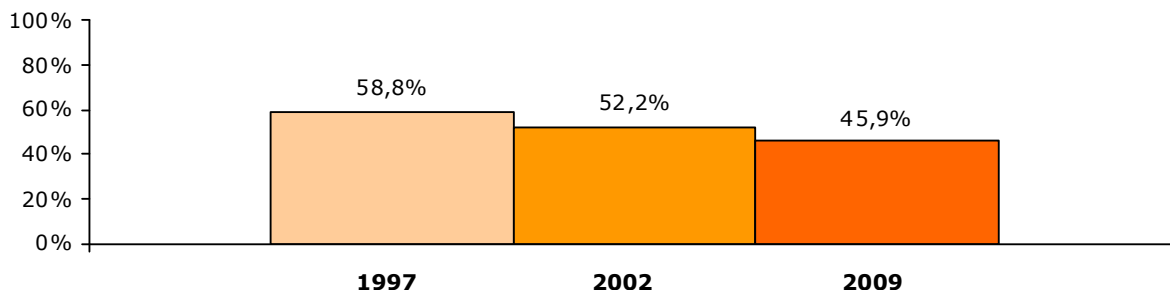
Der folgende Bericht fasst die zentralen Ergebnisse zu den Trends in der häuslichen Pflege seit 1997 zusammen. Dies erfolgt in vier Kapiteln, um die Trends auf unterschiedlichen Ebenen (Einstellungen, Pflegearrangements, Pflege und Pflegesituation sowie Zufriedenheit mit der Pflegeversicherung und Leistungsanspruchnahme) in übersichtlicher Form darlegen zu können. Ein weiteres Kapitel befasst sich noch einmal gesondert mit den Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes. Abschließend erfolgt eine zusammenfassende Bewertung sowie Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.

## 2. Wandel der Einstellungen zur Übernahme von Pflegeleistungen

### Trend 1: Immer weniger Menschen sehen die Übernahme von häuslicher Pflege als eine moralische Pflicht Angehöriger an.

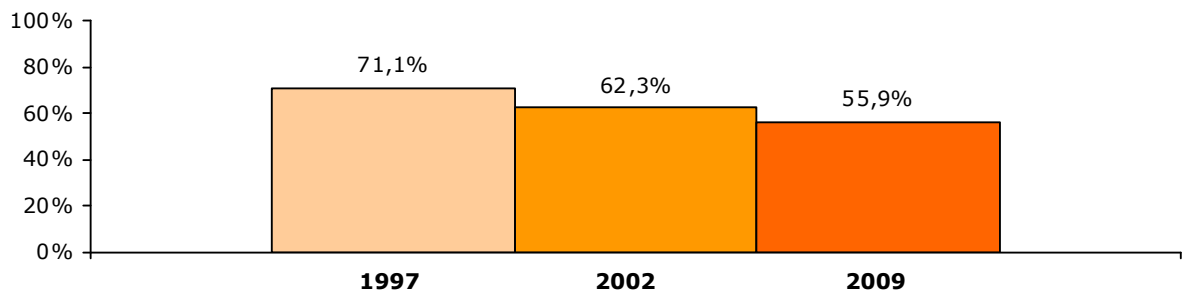
Der sich bereits im Jahre 2002 abzeichnende Trend, dass immer weniger Menschen die Pflegeübernahme als eine moralische Pflicht Angehöriger ansehen, bestätigt sich. Waren es 1997 noch knapp 60%, die eine entsprechende Einstellung vertreten haben, sind es 2009 nur noch gut 45%. Dieser Trend zeigt sich auch, wenn man diese Einstellung nur auf die Ehepartnerpflege bezieht. Auch gegenüber dem Ehepartner sehen immer weniger Menschen den moralischen Anspruch, sich im Fall der Pflegebedürftigkeit gegenseitig zu pflegen. Siehe hierzu die beiden folgenden Abbildungen 1 und 2:

**Abb. 1: Angehörige sind moralisch verpflichtet, die Pflege zu übernehmen**  
(n=1060/1188/1184; Zustimmung in Prozent)<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Signifikanzniveau „Moralische Verpflichtung“:  $p < 0,001$

**Abb. 2: In der Ehe gibt es einen Anspruch auf gegenseitige Pflege**  
(n=1041/1176/1184; Zustimmung in Prozent)<sup>2</sup>



Der Rückgang dieser normativen Ansichten betrifft sowohl die Personengruppe, die damit rein altruistische Einstellungen verbindet, als auch die Personen, die zusätzlich Ansprüche auf das Einkommen des Pflegebedürftigen stellen oder andere Vorteilserwartungen für die Pflegenden haben. Eine Zunahme der Personen zeigt sich dagegen bei den Einstellungen, die rein nutzenkalkulatorisch die Übernahme der Pflege mit entsprechenden Vorteilen für die Pflegepersonen verbinden, und bei denjenigen Personen, die weder einer moralischen Verpflichtung noch einer Vorteilsorientierung pflegender Angehöriger zustimmen. Siehe hierzu die folgende Tabelle:

**Tab. 1: Einstellungsmuster zur Angehörigenpflege**  
(Zustimmung in Prozent)<sup>3</sup>

Einstellungen zur Angehörigenpflege	1997 (n=1065)	2002 (n=1200)	2009 (n=1201)
• Moralische Verpflichtung	32,7	30,6	29,6
• Vorteilserwartung	7,6	10,8	13,2
• Moralische Verpflichtung und Vorteilserwartung	48,0	42,8	36,5
• Keine entsprechende Einstellung	11,7	15,8	20,7
Gesamt	100,0	100,0	100,0

**Trend 2: Das Recht auf Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen gewinnt immer mehr an Bedeutung.**

Statt normativer Verpflichtung setzt sich immer mehr das Recht auf Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen durch. Entscheidend ist dabei, dass die Pflegeversicherung Optionen ermöglicht, so dass Pflegebedürftige auch ohne Angehörigenunterstützung in ihrem Haushalt weiterleben können. Soziale Sicherung schafft somit Freiheitsräume und fördert Individualisierung. Der zwanghafte Charakter normativer Verpflichtungen verliert an Bedeutung. Empi-

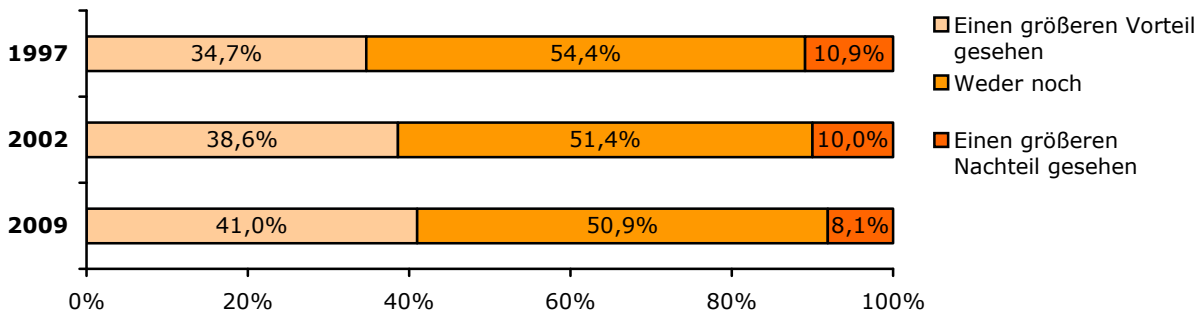
<sup>2</sup> Signifikanzniveau „In der Ehe gibt es Anspruch auf gegenseitige Pflege“:  $p \leq 0,001$

<sup>3</sup> Signifikanzniveau „Einstellung zur Angehörigenpflege“:  $p \leq 0,001$

risch macht sich dieser Trend unter anderem daran fest, dass immer mehr Pflegehaushalte Pflegedienste in Anspruch nehmen, um unabhängiger von Angehörigen zu sein. Siehe hierzu die folgende Abbildung 3:

**Abb. 3: Unabhängigkeit von Angehörigen und Bekannten**

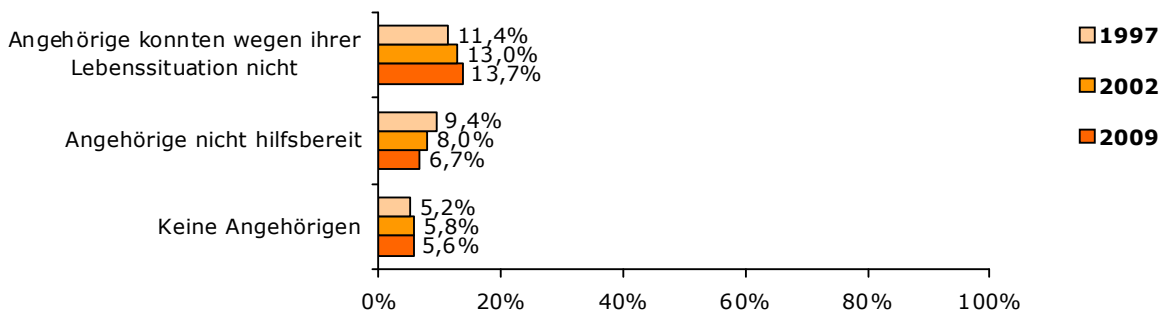
(n=783/889/958; Angaben in Prozent)<sup>4</sup>



Dieser Trend zur Selbstbestimmung zeigt sich auch daran, dass die Zunahme der Sach- und Kombinationsleistungsempfänger nicht auf zunehmende Angehörigenrestriktionen zurückgeführt werden kann. Diese bleiben im Trend erstaunlich stabil, wie die folgende Abbildung 4 verdeutlicht:

**Abb. 4: Angehörigenrestriktionen bei der Pflegeübernahme**

(n=1113/1314/1266; Angaben in Prozent)<sup>5</sup>



**Trend 3: Der Staat wird immer mehr als notwendiger Unterstützer gesehen, um häusliche Pflege durchführen zu können.**

Wenn der Staat mit SGB XI individuelle Freiräume, personelle Stützung und zusätzliches Einkommen ermöglicht, dann ist es naheliegend, dass mit der Zeit dieses zu einer Selbstverständlichkeit wird, so dass immer mehr Menschen die staatliche Hilfestellung nicht nur wichtig finden, sondern als unerlässlich ansehen. Wie die beiden folgenden Abbildungen 5 und 6 verdeutlichen, ist für immer mehr Pflegehaushalte nicht nur die staatliche Unterstüt-

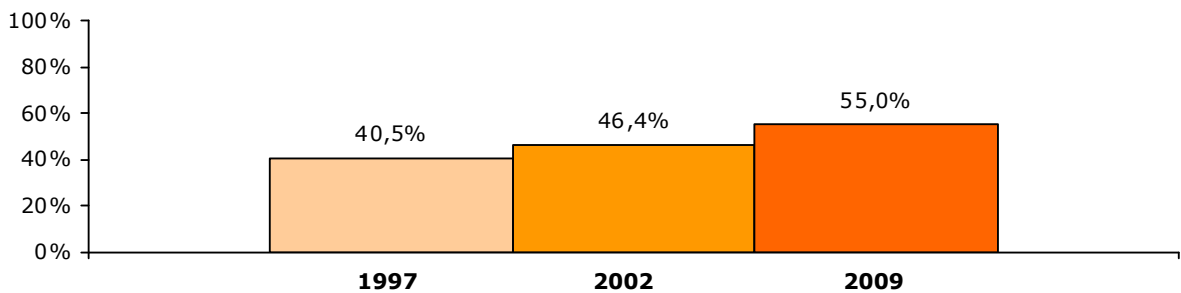
<sup>4</sup> Signifikanzniveau „Unabhängigkeit von Angehörigen und Bekannten“: p<=0,05

<sup>5</sup> Signifikanzniveau „Angehörige konnten wg. ihrer Lebenssituation nicht“: n.s.; Signifikanzniveau „Angehörige nicht hilfsbereit“: p<=0,05; Signifikanzniveau „Keine Angehörigen“: n.s.

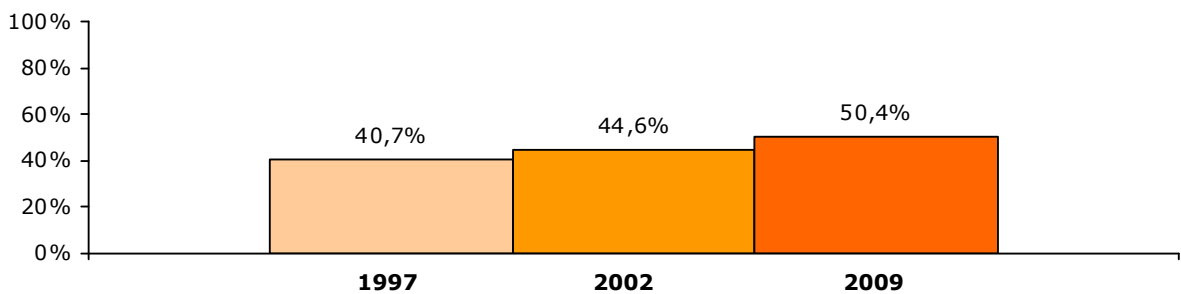


zung bei der Entscheidung für die häusliche Pflege sehr wichtig gewesen, sondern immer mehr halten diese auch für unerlässlich:

**Abb. 5: Staatliche Unterstützungsleistungen als Entscheidungskriterium**  
(n=946/1059/1133; Angaben „sehr wichtig“ in Prozent)<sup>6</sup>



**Abb. 6: Finanzielle Hilfe durch die Pflegeversicherung ist unerlässlich**  
(n=1113/1314/1264; Zustimmung in Prozent)<sup>7</sup>



Dieser Einstellungstrend ist unabhängig vom Haushaltsnettoeinkommen der Pflegehaushalte zu sehen. Die befragten Pflegehaushalte verfügen heute im Durchschnitt eher über mehr Nettoeinkommen als noch 1997 (siehe Tabelle im Anhang). Zu beachten sind allerdings die in den letzten 10 Jahren in Deutschland gestiegenen Lebenshaltungskosten bei relativ stagnierenden Reallöhnen und Renten, die für diesen Trend eine wichtige Rolle spielen können.

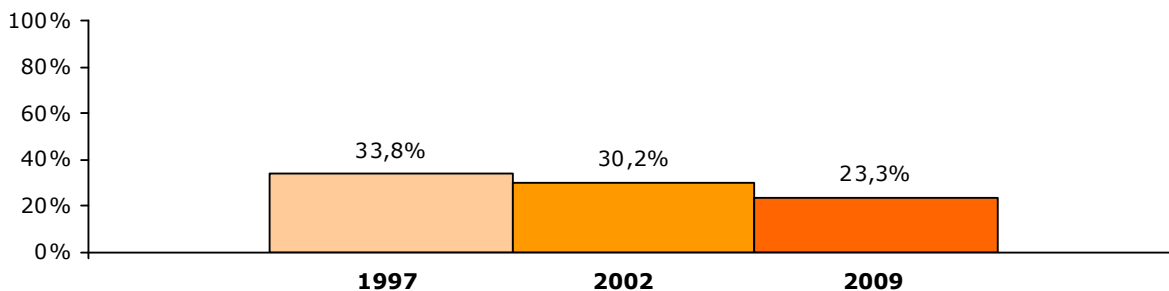
#### **Trend 4: Eine private Pflegevorsorge wird zunehmend für erforderlich gehalten.**

Dass der Staat nicht alles für die Pflege leisten kann bzw. die Pflegeversicherung keine Vollversicherung ist, sehen immer mehr Menschen. Hatten 1997 noch rund 34% angegeben, dass eine private Vorsorge nicht erforderlich ist, sind es 2009 mit rund 23% deutlich weniger. Siehe hierzu die folgende Abbildung:

<sup>6</sup> Signifikanzniveau „Staatliche Unterstützungsleistungen“:  $p < 0,001$

<sup>7</sup> Signifikanzniveau „Finanzielle Hilfe unerlässlich“:  $p < 0,001$

**Abb. 7: Man braucht sich nicht mehr um private Vorsorge kümmern**  
(n=1033/1152/1151; Zustimmung in Prozent)<sup>8</sup>



Die vertiefende Analyse macht deutlich, dass vor allem die jüngere Generation die private Pflegevorsorge für sehr wichtig hält. In der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen sagen nur rund 12%, dass sie eine Vorsorge nicht für erforderlich halten, bei den Personen ab 70 Jahren sind es dagegen knapp 36%.

### 3. Wandel bei den Pflegearrangements

**Trend 5: Die Pflege bei Angehörigen, insbesondere in einer Mietwohnung, geht deutlich zurück. Dies hat Konsequenzen für die Zusammensetzung der Pflegearrangements.**

1997 waren noch 45% der Pflegebedürftigen bei Angehörigen untergekommen, im Jahr 2009 ist dieser Anteil auf 35% zurückgegangen. Vor allem die Pflege in der Mietwohnung bei Angehörigen ist rückläufig, während stattdessen die Pflege im eigenen Haus oder in der eigenen Eigentumswohnung an Stellenwert gewinnt. Siehe hierzu die folgende Tabelle:

**Tab. 2: Wohnsituation der pflegebedürftigen Person**  
(Angaben in Prozent)<sup>9</sup>

Wohnsituation	1997 (n=1063)	2002 (n=1206)	2009 (n=1132)
• Eigene(s) Eigenheim/Eigentumswohnung	23,0	22,8	30,1
• Eigene Mietwohnung	32,2	37,0	35,4
• Eigenheim/Eigentumswohnung bei Angehörigen	26,3	24,8	22,8
• Mietwohnung bei Angehörigen	18,5	15,4	11,7
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Dieser Trend basiert nicht nur auf den Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung, sondern dürfte wesentlich auch darauf zurückzuführen sein, dass in der älteren Generation

<sup>8</sup> Signifikanzniveau „Keine Vorsorge bzw. finanzielle Absicherung mehr nötig“:  $p < 0,001$

zunehmend Privatbesitz (in mittleren Einkommensschichten) vorhanden ist. Es ist naheliegend, dass die Attraktivität des Weiterlebens im Eigenheim in der Regel höher ist, als das Unterkommen in einer Mietwohnung von Angehörigen, zumal die baulichen Barrieren einer Mietwohnung häufig weniger Mobilität ermöglichen. Das heißt, das Recht auf Selbstbestimmung wird nicht nur durch die Pflegeversicherung gefördert, sondern auch durch eine bessere Ausgangslage beim Wohnen im Vergleich zur Vorgängergeneration. Wie die folgende Tabelle verdeutlicht, gilt dies für alle Bevölkerungsschichten:

**Tab. 3: Wohnsituation der pflegebedürftigen Person nach Berufsgruppenmilieu**  
(Einzelberechnung 2009; Angaben in Prozent)<sup>10</sup>

Wohnsituation	Arbeiterhaus- halt (n=460)	Facharbeiter- /Einfacher Angestellten- /Beamtenhaus- halt (n=440)	Landwirt- schaftlicher- /Handwerker- /Kleingewerbe- haushalt (n=121)	Höherer An- gestellten- /Höherer Beamten- haushalt (n=70)	Selbst- ständiger Akademiker- /Unternehmer- haushalt (n=41)
• Eigene(s) Eigenheim/ Eigen- tumswohnung	30,0	28,4	40,5	32,9	14,6
• Eigene Mietwohnung	36,1	39,3	14,9	27,1	61,0
• Eigenheim/ Eigentumswoh- nung bei Angehörigen	20,0	21,1	40,5	22,9	19,5
• Mietwohnung bei Angehörigen	13,9	11,2	4,1	17,1	4,9
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Zu beachten ist auch, dass dieser Trend nicht nur den großstädtischen Raum betrifft, wo mit über 75% deutlich mehr Pflegehaushalte zur Miete wohnen als in ländlichen Regionen (rund 28%), sondern der Rückgang der Pflege in der Mietwohnung bei Angehörigen auch in kleinstädtischen und ländlichen Regionen festzustellen ist.

Diese Entwicklung hat Konsequenzen für die Pflegearrangements, denn mit diesen Wohnformen der Pflegebedürftigen verbinden sich typische Pflegearrangements. Die Pflege bei Angehörigen wird vorwiegend von den eigenen Kindern bzw. Schwiegerkindern geleistet. Die folgende Tabelle gibt hierzu eine Übersicht für das Jahr 2009:

<sup>9</sup> Signifikanzniveau „Wohnsituation“:  $p <= 0,001$

<sup>10</sup> Signifikanzniveau „Wohnsituation nach Berufsgruppenmilieu“:  $p <= 0,001$

**Tab. 4: Hauptpflegepersonen nach Wohnsituation der pflegebedürftigen Person**  
(Einzelberechnung 2009; Angaben in Prozent)<sup>11</sup>

Hauptpflegeperson	Eigenes Wohneigentum (n=351)	Eigene Mietwohnung (n=410)	Im Wohneigentum bei Angehörigen (n=268)	In Mietwohnung bei Angehörigen (n=136)
• Ehepartner (u.a.: Kinder/Übrige Verwandtschaft/Freunde/Pflegedienst/Privat finanzierte Person)	55,8	42,2	18,7	26,5
• (Schwieger-)Kinder (u.a.: Übrige Verwandtschaft/Freunde/Pflegedienst/Privat finanzierte Person)	27,9	32,7	61,6	50,0
• Übrige Verwandtschaft (u.a.: Freunde/Pflegedienst/Privat finanzierte Person)	5,1	4,9	16,4	20,5
• Freunde/Bekannte/Nachbarn (u.a.: Pflegedienst/Privat finanzierte Person)	1,1	4,4	0,4	0,0
• Pflegedienst (u.a.: Privat finanzierte Person)	7,4	15,4	0,4	1,5
• Privat finanzierte Person	2,7	0,4	2,5	1,5
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Mit einer Zunahme der Pflege im eigenen Haus kommt es entsprechend auch zu einer Zunahme von Pflegepersonen, die nicht dem Angehörigenkreis zugerechnet werden können. Neben der traditionell gegebenen Ehepartnerpflege gewinnen im eigenen Eigentum andere Pflegearrangements mehr Bedeutung, insbesondere die Pflege mit dem Pflegedienst als Hauptpflegeperson. Siehe hierzu die folgende Tabelle, die die Pflege im eigenen Haus und die Pflege in der Mietwohnung von Angehörigen gegenüberstellt:

**Tab. 5: Hauptpflegeperson nach Wohnsituation der pflegebedürftigen Person**  
(Angaben in Prozent)

Hauptpflegeperson	Pflege im eigenen Wohneigentum			Pflege in der Mietwohnung bei Angehörigen		
	1997 (n=240)	2002 (n=273)	2009 (n=351)	1997 (n=193)	2002 (n=181)	2009 (n=136)
• Ehepartner (u.a.: Kinder/Übrige Verwandtschaft/Freunde/Pflegedienst/Privat finanzierte Person)	56,7	53,5	55,8	21,8	25,4	26,5
• (Schwieger-)Kinder (u.a.: Übrige Verwandtschaft/Freunde/Pflegedienst/Privat finanzierte Person)	33,3	33,0	27,9	59,6	54,1	50,0
• Übrige Verwandtschaft (u.a.: Freunde/Pflegedienst/Privat finanzierte Person)	3,8	4,4	5,1	16,1	18,8	20,5
• Freunde/Bekannte/Nachbarn (u.a.: Pflegedienst/Privat finanzierte Person)	3,3	3,3	1,1	2,1	1,1	0,0
• Pflegedienst (u.a.: Privat finanzierte Person)	2,9	5,1	7,4	0,4	0,6	1,5
• Privat finanzierte Person	0,0	0,7	2,7	0,0	0,0	1,5
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

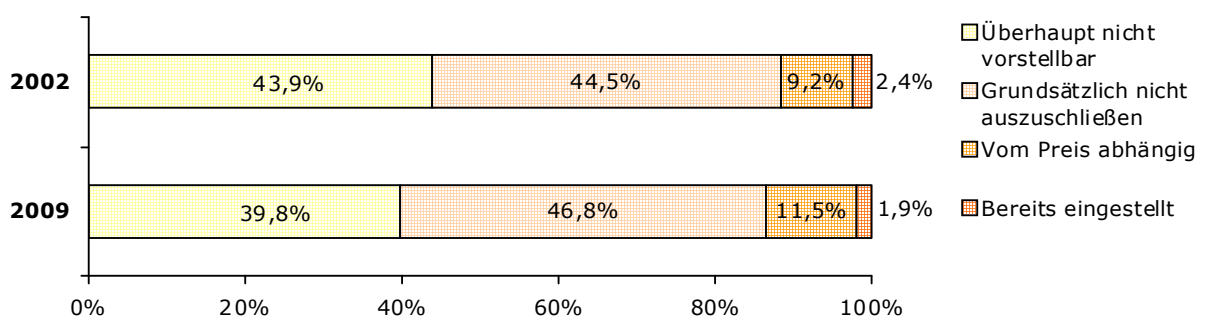
<sup>11</sup> Signifikanzniveau „Hauptpflegeperson nach Wohnsituation I“: p<=0,001

Bei der Pflege in der Mietwohnung durch die eigenen Kinder bzw. Schwiegerkinder zeigt sich gegenüber 1997 ein Rückgang um fast 10 Prozentpunkte.

Die Ergebnisse machen auch deutlich, dass Freunde und Bekannte nur in geringem Umfang seit 1997 Pflege übernommen haben, und somit die Angehörigenpflege nicht ersetzen können. Es zeigt sich auch, dass die privat finanzierten Pflegepersonen einen leichten Zuwachs haben, aber bisher keine bedeutende Rolle spielen. Auch bei der Beteiligung ausländischer Hilfskräfte zeigt sich kein nennenswerter Anstieg, wie die folgende Abbildung verdeutlicht:

**Abb. 8: Beteiligung von ausländischen Hilfspersonen**

(n=1160/1190; Angaben in Prozent)<sup>12</sup>



Weiterhin bestätigt sich in diesen Ergebnissen auch der oben skizzierte Einstellungswandel zur moralischen Verpflichtung. Der Rückzug der Kinder aus der Pflege, wenn diese zur Miete wohnen, wird zum Teil durch die übrige Verwandtschaft, zum Teil auch durch Pflegedienste und privat finanzierte Pflegepersonen kompensiert. Für diese Pflegekonstellationen zeigen sich leichte Anstiege. D.h., die moralische Pflicht ist nicht mehr maßgebend, so dass nicht automatisch die Kinder die Pflege übernehmen, sondern eher emotionale (besseres Verhältnis zur sonstigen Verwandtschaft) und/oder pragmatische Gründe (z.B. bessere Wohnsituation, um Pflege leisten zu können).

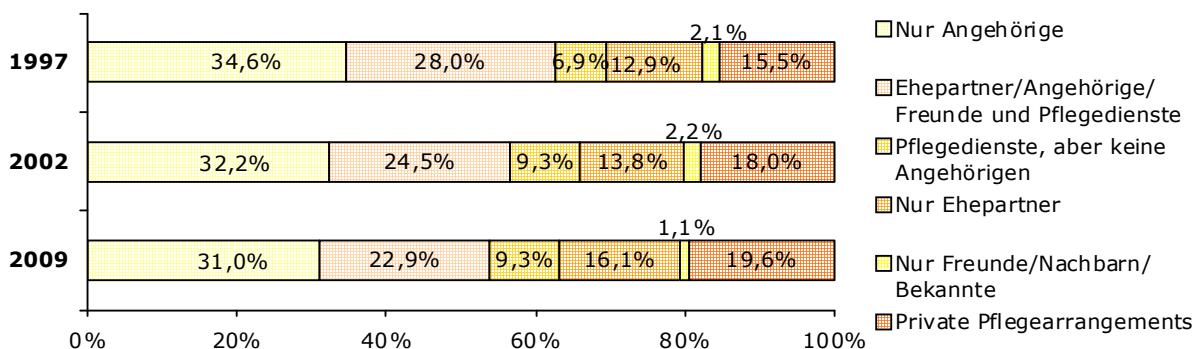
Fasst man die Pflegearrangements unter dem Gesichtspunkt der reinen Angehörigenpflege oder der Beteiligung Dritter zusammen, so zeigt sich folgender Trend:

- Es kommt zu einem leichten Rückgang der reinen Angehörigenpflege.
- Es kommt ebenfalls zu einem Rückgang der Pflege von Angehörigen zusammen mit anderen.
- Es kommt zu einer leichten Zunahme der reinen Ehepartnerpflege.
- Es kommt zu einer leichten Zunahme der Pflege mit Pflegediensten und ohne Angehörige.
- Es kommt zu einer Zunahme sonstiger Pflegearrangements.

<sup>12</sup> 1997 wurde diese Frage noch nicht gestellt. Signifikanzniveau „Ausländische Hilfspersonen“:  $p < = 0,05$

Siehe hierzu die folgende Abbildung:

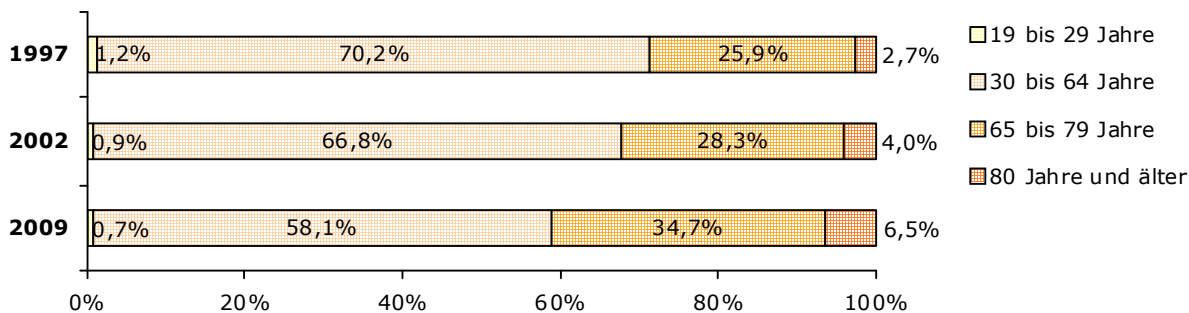
**Abb. 9: Pflegearrangements nach Pflege- und Unterstützungsnetzwerken**  
(n=1097/1243/1237; Angaben in Prozent)<sup>13</sup>



**Trend 6: Mit einem höheren Einstiegsalter der Menschen in die Pflegebedürftigkeit steigt auch das Alter der Pflegepersonen an.**

Es gibt immer mehr Personen, die pflegen und bereits das Rentenalter von 65 Jahren erreicht haben. Der Anteil liegt mittlerweile bei rund 40%, wie die folgende Abbildung verdeutlicht:

**Abb. 10: Alter der Pflegeperson**  
(n=977/1117/1084; Angaben in Prozent)<sup>14</sup>



Das Durchschnittsalter der Pflegepersonen lag 1997 bei 57 Jahren und liegt aktuell bei 60 Jahren. Dieser Trend ergibt sich aus dem Älterwerden der Pflegebedürftigen. Wenn die älteren Menschen später pflegebedürftig werden, verschiebt sich auch das Eintrittsalter der Pflegepersonen in die Pflege. Betrachtet man im Einzelnen, mit welchem Alter die Pflegepersonen die Pflege beginnen, so zeigt sich folgendes Bild im Querschnittsvergleich:

<sup>13</sup> Private Pflegearrangements betreffen Ehepartner und Angehörige, Ehepartner und Freunde/Bekannte/Nachbarn, Angehörige und Freunde/Bekannte/Nachbarn sowie Ehepartner, Angehörige und Freunde/Bekannte/Nachbarn. Die Pflegedienstbeteiligung schließt die Behandlungspflege nach SGB V mit ein. Signifikanzniveau „Pflegearrangements“: p<=0,01

<sup>14</sup> Signifikanzniveau „Alter Pflegeperson“: p<=0,001

**Tab. 6: Alter der Pflegeperson zu Beginn der Pflege**  
(Pflagedauer unter 2 Jahren; Angaben in Prozent)<sup>15</sup>

Alter der Pflegeperson bei Pflagedauer unter 2 Jahren	1997 (n=250)	2002 (n=235)	2009 (n=206)
• 16 bis 29 Jahre	2,4	1,3	1,0
• 30 bis 64 Jahre	67,6	68,5	56,8
• 65 bis 79 Jahre	26,8	28,1	34,0
• 80 Jahre und älter	3,2	2,1	8,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Die Tabelle macht deutlich, dass bei den Personen, die erst in den letzten 2 Jahren (oder kürzer) mit der Pflege begonnen haben, gegenüber 1997 über 10% mehr Ältere (ab 65 Jahre) pflegen.

In Bezug auf die Pflegearrangements zeigen sich dabei deutliche Unterschiede. Betrachtet man zunächst einmal nur die Ehepartnerpflege, so zeigt sich sowohl ein Anstieg des Alters bei den Pflegebedürftigen wie auch bei den Pflegepersonen. Siehe hierzu folgende Tabelle:

**Tab. 7: Ehepaarpflege: Alter der pflegebedürftigen Person und der Pflegeperson**  
(Angaben in Prozent)<sup>16</sup>

Hauptpflegeperson nur Ehepartner	Alter pflegebedürftige Person			Alter Pflegeperson		
	1997 (n=198)	2002 (n=254)	2009 (n=403)	1997 (n=196)	2002 (n=248)	2009 (n=386)
• 30 bis 64 Jahre	33,3	28,7	19,6	41,8	35,1	29,0
• 65 bis 79 Jahre	54,0	55,1	57,8	54,1	55,2	58,5
• 80 Jahre und älter	12,7	16,2	22,6	4,1	9,7	12,5
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Die Hochaltrigkeit (80 Jahre und älter) in der Ehepartnerpflege hat deutlich zugenommen. Dies drückt sich auch im Durchschnittsalter aus, das bei den Pflegebedürftigen von 68 auf 72 Jahre steigt und bei den Pflegepersonen von 65 Jahre auf 68 Jahre.

Ein völlig anderes Bild zeigt sich bei den Pflegehaushalten, in denen die eigenen Kinder oder die Schwiegerkinder die Hauptpflegepersonen sind. Zum einen wird deutlich, dass vorwiegend sehr alte Personen gepflegt werden: Knapp 80% der Pflegebedürftigen sind über 80 Jahre alt. Ein Wert, der sich gegenüber 1997 nicht verändert hat. Ebenso konstant ist das Alter der pflegenden Kinder, das zu über 84% unter 65 Jahren liegt. D.h., in diesen Pflegehaushalten zeigt sich eine hohe Konstanz im Querschnittsvergleich, wobei allerdings

<sup>15</sup> Signifikanzniveau bei Pflagedauer unter 2 Jahren: „Alter Pflegeperson“:  $p < 0,01$

das zuvor vorgestellte Ergebnis zu beachten ist, dass insgesamt heute weniger Kinder - insbesondere beim Wohnen zur Miete - die Pflege leisten als 1997. Die folgende Tabelle zeigt die Altersentwicklung bei den Pflegehaushalten, in denen die (Schwieger-) Kinder pflegen:

**Tab. 8: Pflege durch (Schwieger)Kinder: Alter der pflegebedürftigen Person und der Pflegeperson**  
(Angaben in Prozent)<sup>17</sup>

Hauptpflegeperson nur (Schwieger-) Kinder	Alter pflegebedürftige Person			Alter Pflegeperson		
	1997 (n=391)	2002 (n=436)	2009 (n=440)	1997 (n=370)	2002 (n=422)	2009 (n=425)
• 30 bis 64 Jahre	2,0	2,5	3,2	87,8	86,7	84,2
• 65 bis 79 Jahre	19,7	19,5	19,1	11,6	13,3	15,1
• 80 Jahre und älter	78,3	78,0	77,7	0,6	0,0	0,7
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Das Durchschnittsalter der Pflegebedürftigen liegt hier bei 84 Jahren, während das Durchschnittsalter der Pflegepersonen bei 55 Jahren liegt.

Bei der dritten, zahlenmäßig deutlich kleineren Pflegearrangement-Gruppe, der sonstigen Verwandtschaft, zeigt sich folgendes Bild: Es gibt mit über 50% vergleichsweise viele jüngere Pflegebedürftige (unter 65 Jahren). Dies drückt sich auch in einem entsprechenden Anteil an Pflegepersonen in dieser Altersgruppe aus. Hinsichtlich der Hochaltrigkeit zeigt sich hier wiederum ein Anstieg im Querschnittsvergleich bei den Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Siehe hierzu die folgende Tabelle:

**Tab. 9: Pflege durch sonstige Verwandtschaft: Alter der pflegebedürftigen Person und der Pflegeperson**  
(Angaben in Prozent)<sup>18</sup>

Hauptpflegeperson nur Sonstige Verwandtschaft	Alter pflegebedürftige Person			Alter Pflegeperson		
	1997 (n=88)	2002 (n=91)	2009 (n=109)	1997 (n=84)	2002 (n=90)	2009 (n=98)
• 30 bis 64 Jahre	56,8	60,4	54,1	59,5	64,4	49,0
• 65 bis 79 Jahre	17,0	16,5	16,5	36,9	30,0	42,9
• 80 Jahre und älter	26,2	23,1	29,4	3,6	5,6	8,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

<sup>16</sup> Signifikanzniveau bei Hauptpflegeperson nur Ehepartner: „Alter pflegebedürftige Person“:  $p < 0,01$ ; „Alter Pflegeperson“:  $p < 0,01$

<sup>17</sup> Signifikanzniveau bei Hauptpflegeperson nur (Schwieger-)Kinder: „Alter pflegebedürftige Person“: n.s.; „Alter Pflegeperson“: n.s.

<sup>18</sup> Signifikanzniveau bei Hauptpflegeperson nur Sonstige Verwandtschaft: „Alter pflegebedürftige Person“: n.s.; „Alter Pflegeperson“: n.s.



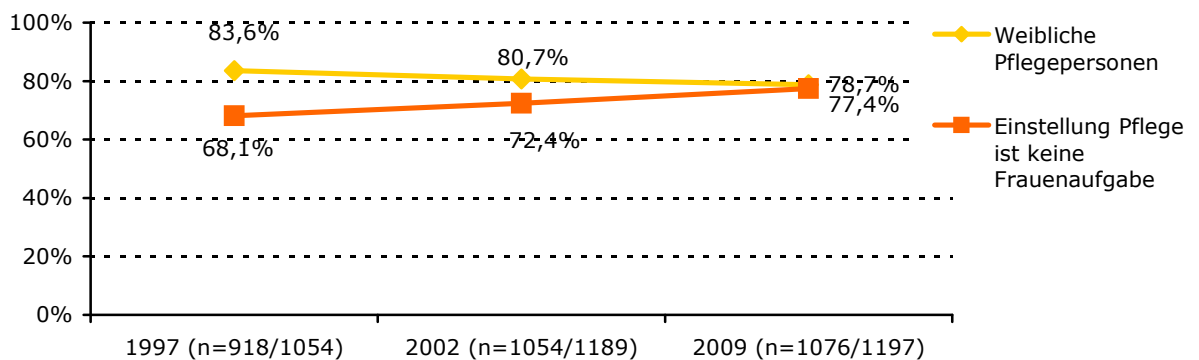
Auch in den Haushalten, in denen nach den Angaben der Befragten, der Pflegedienst vorrangig hauptpflegerisch tätig ist, zeigt sich ein Anstieg des Anteils älterer pflegebedürftiger Personen. Lag der Anteil bei den Hochaltrigen 1997 noch bei 62% liegt er aktuell bei 71%.

D.h., der Anstieg des Alters der Pflegepersonen ist im wesentlichen auf einen Anstieg in den Ehepaarhaushalten und in den Haushalten, in denen die sonstige Verwandtschaft pflegt, zurückzuführen.

**Trend 7: Der Anteil an weiblichen Pflegepersonen ist leicht rückläufig. Dies korrespondiert mit der Entwicklung zur Einstellung, dass Pflege keine Frauenaufgabe ist.**

Häusliche Pflege wird nach wie vor vorwiegend von Frauen geleistet, obwohl bereits 1997 die große Mehrheit von fast 70% die Einstellung vertreten hatte, dass Pflege keine Frauenaufgabe ist, und dieser Anteil im Jahr 2009 noch einmal deutlich zugenommen hat. Der Anteil an Frauen, die hauptpflegerisch tätig sind, liegt zur Zeit bei 78% und damit rund 5 Prozentpunkte niedriger als 1997. Siehe hierzu folgende Abbildung:

**Abb. 11: Weibliche Pflegeperson und Einstellung Pflege ist keine Frauenaufgabe**  
(Angaben in Prozent)<sup>19</sup>

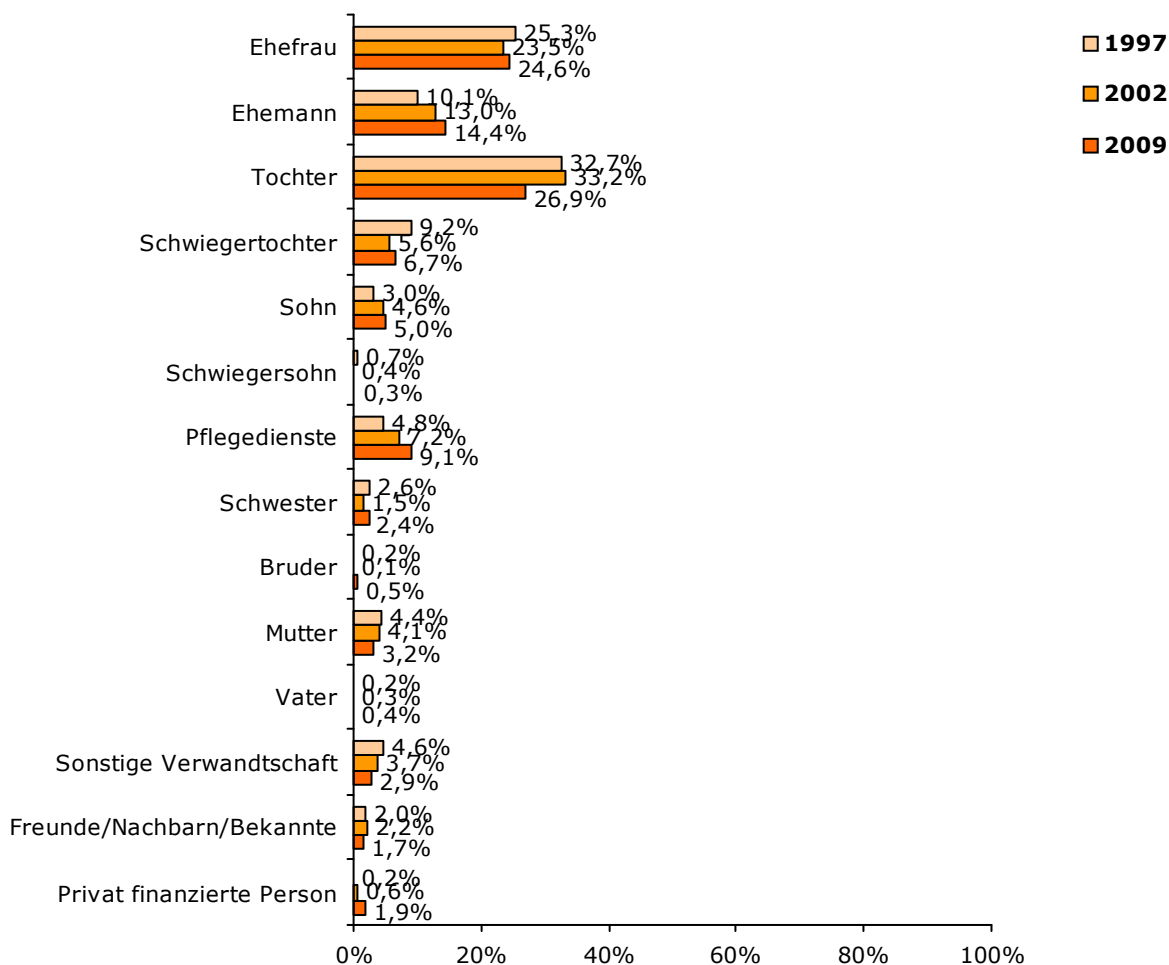


Wie bereits in den zuvor dargelegten Ergebnissen deutlich geworden ist, sind Frauen und Männer hinsichtlich ihrer sozialen Stellung auf unterschiedliche Weise in die Pflegearrangements eingebunden. Neben der Übernahme der Pflege in der Rolle des Ehepartners spielen hier insbesondere die eigenen Kinder eine bedeutende Rolle. Frauen oder Männer können aber auch als Schwiegerkinder, Eltern, Geschwister, sonstige Verwandte oder auch Freunde Bekannte aktiv sein. Betrachtet man im Einzelnen, wo der Anteil an Frauen rückläufig ist, und wo mehr Männer in die Pflege eingestiegen sind, so zeigt sich ein eindeutiges Bild, wie die folgende Abbildung verdeutlicht:

<sup>19</sup> Signifikanzniveau „Geschlecht Pflegeperson“:  $p < 0,05$ ; Signifikanzniveau „Pflege ist Frauenaufgabe“:  $p < 0,001$

**Abb. 12: Hauptpflegepersonen**

(n=567/710/1084; Angaben in Prozent; ohne Mehrfachnennungen<sup>20</sup>)



Es sind insbesondere die Töchter und Schwiegertöchter, die für den rückläufigen Frauenanteil in der Pflege verantwortlich sind. Auch bei der sonstigen Verwandtschaft geht der Frauenanteil zurück. Bei den Männern zeigt sich eine Zunahme bei den Ehepartnern und bei den Söhnen.

**Trend 8: Es gibt immer mehr Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter, die nebenbei erwerbstätig sind, und es versuchen immer mehr Pflegepersonen den Umfang ihrer Erwerbstätigkeit unverändert beizubehalten.**

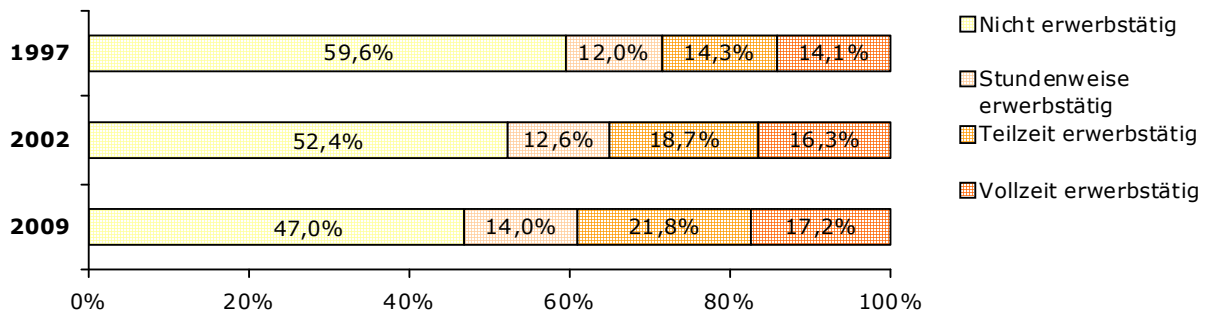
Nach wie vor ist die große Mehrheit der Pflegepersonen (gut zwei Drittel) nicht erwerbstätig. Dies liegt im Wesentlichen daran, dass - wie oben bereits dargelegt - ein Großteil dieser Personen bereits das Rentenalter erreicht hat (rund 40%).

<sup>20</sup> In den Jahren 1997 und 2002 haben noch deutlich mehr Pflegehaushalte angegeben, dass mehrere Personen hauptpflegerisch tätig sind. Berücksichtigt man nur die Haushalte, die eine Hauptpflegeperson angegeben haben, ergeben sich die deutlichen Verschiebungen bei den Fallzahlen. Das Ergebnis wird dadurch aber nicht beeinflusst.

Betrachtet man nur die Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter (unter 65 Jahre), so gibt es zum einen immer mehr Personen, die nebenbei erwerbstätig sind, wie die folgende Abbildung verdeutlicht:

**Abb. 13: Erwerbstätigkeit der Pflegepersonen seit Pflegeübernahme**

(Pflegepersonen unter 65 Jahren; n=517/557/464; Angaben in Prozent)<sup>21</sup>

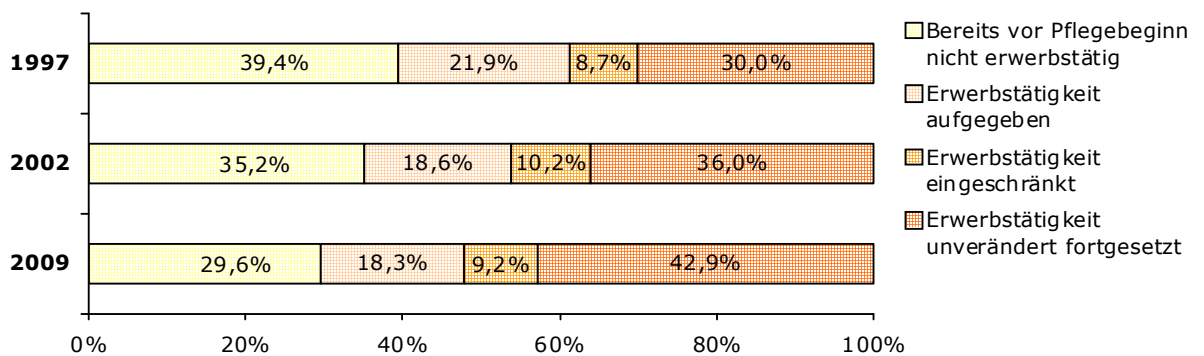


Es zeigt sich weiterhin, dass alle Erwerbstätigkeitstypen zunehmen, insbesondere aber die Teilzeiterwerbstätigkeit.

Ein wichtiger Faktor für diese Entwicklung ist, dass 1997 noch deutlich mehr Pflegepersonen bereits bei Pflegeübernahme nicht erwerbstätig gewesen sind oder ihre Erwerbstätigkeit mit der Pflege aufgegeben haben. Siehe hierzu die folgende Abbildung:

**Abb. 14: Erwerbstätigkeit der Pflegepersonen vor und seit Pflegeübernahme**

(Pflegepersonen unter 65 Jahren; n=470/512/426; Angaben in Prozent)<sup>22</sup>



Es gibt somit zwei gegenläufige Effekte: einerseits eine Zunahme erwerbstätiger Pflegepersonen, andererseits eine Abnahme aufgrund des höheren Einstiegsalters (Rentenalter) in die Pflege.

Vor dem Hintergrund des hohen Anteils an weiblichen Pflegepersonen liegt die Annahme nahe, dass es vor allem die Frauen sind, die zunehmend erwerbstätig sind. Die folgende

<sup>21</sup> Signifikanzniveau „Erwerbstätigkeit seit Pflegebeginn für Pflegepersonen unter 65 Jahren“:  $p < 0,01$

<sup>22</sup> Signifikanzniveau „Erwerbstätigkeit vor und seit Pflegebeginn für Pflegepersonen unter 65 Jahren“:  $p < 0,01$

Tabelle bestätigt diese Annahme, sie zeigt aber auch, dass auch bei den Männern heute mehr Personen neben der Pflege erwerbstätig sind als 1997.

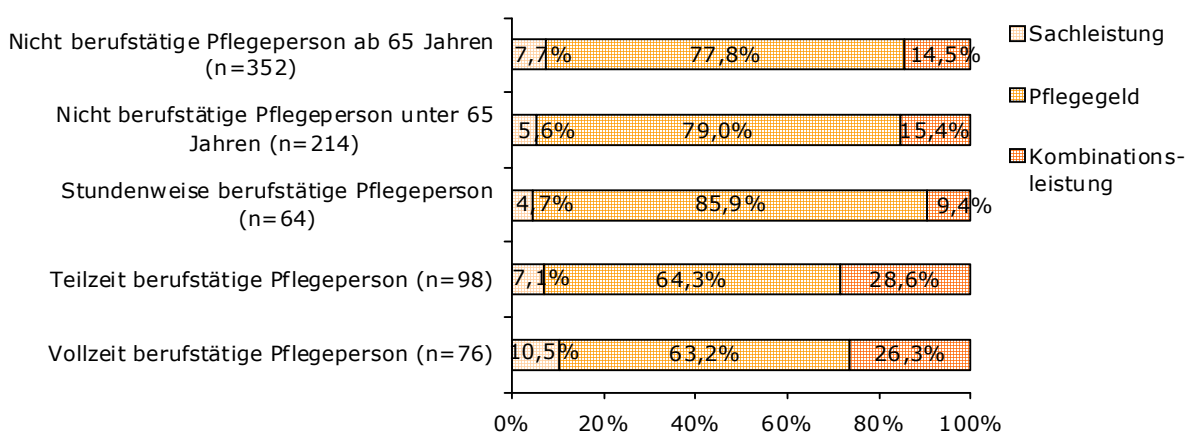
**Tab. 10: Erwerbstätigkeit seit Pflegeübernahme nach Geschlecht Pflegeperson**  
(Pflegepersonen unter 65 Jahren; Angaben in Prozent)<sup>23</sup>

Erwerbstätigkeit seit Pflegeübernahme	1997		2002		2009	
	Männliche Pflegeperson (n=58)	Weibliche Pflegeperson (n=410)	Männliche Pflegeperson (n=81)	Weibliche Pflegeperson (n=423)	Männliche Pflegeperson (n=69)	Weibliche Pflegeperson (n=367)
• Nicht berufstätig	48,3	61,2	49,4	53,4	34,8	51,5
• Stundenweise berufstätig	3,4	13,7	3,7	14,9	5,8	15,3
• Teilzeit berufstätig	10,3	14,9	19,7	16,8	14,5	22,1
• Vollzeit berufstätig	38,0	10,2	27,2	14,9	44,9	11,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bei den Frauen zeigt sich vor allem ein Anstieg bei den Teilzeiterwerbstätigen, während bei den Männern der Anteil bei den Vollzeiterwerbstätigen zugenommen hat.

Es ist anzunehmen, dass die Pflegeversicherung für diese Entwicklung einen wichtigen Beitrag leistet, indem die Pflegepersonen, die vollzeit erwerbstätig sind, verstärkt Pflegedienste in Anspruch nehmen. Diese Annahme wird bestätigt. Der Anteil der Geldleistungsempfänger bei den Erwerbstätigen ist mit rund 60% unterdurchschnittlich. Siehe hierzu die folgende Abbildung:

**Abb. 15: Leistungsart nach Erwerbstätigkeit seit Pflegeübernahme**  
(Einzelberechnung 2009; Angaben in Prozent)<sup>24</sup>



<sup>23</sup> Signifikanzniveau „Erwerbstätigkeit seit Pflegeübernahme nach Geschlecht Pflegeperson 1997“: p<=0,001; Signifikanzniveau „Erwerbstätigkeit seit Pflegeübernahme nach Geschlecht Pflegeperson 2002“: p<=0,01; Signifikanzniveau „Erwerbstätigkeit seit Pflegeübernahme nach Geschlecht Pflegeperson 2009“: p<=0,001

<sup>24</sup> Signifikanzniveau „Leistungsart nach Erwerbstätigkeit seit Pflegeübernahme“: p<=0,01

In Bezug auf die Inanspruchnahme der teilstationären Pflege zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen erwerbstätigen und nicht erwerbstätigen Pflegepersonen, wie die folgende Tabelle verdeutlicht:

**Tab. 11: Inanspruchnahme Teilstationäre Pflege nach Erwerbstätigkeit seit Pflegeübernahme**  
(Einzelberechnung 2009; Angaben in Prozent)<sup>25</sup>

Inanspruchnahme Teilstationäre Pflege	Nicht berufstätige Pflegepersonen ab 65 Jahren (n=281)	Nicht berufstätige Pflegepersonen unter 65 Jahren (n=179)	Stundenweise berufstätige Pflegepersonen (n=57)	Teilzeit berufstätige Pflegepersonen (n=77)	Vollzeit berufstätige Pflegepersonen (n=64)
• Weiß nicht, was das ist	27,0	24,6	29,8	29,9	37,5
• Kommt grundsätzlich nicht in Frage	48,0	48,0	50,9	44,2	39,1
• Informiert und dagegen entschieden	12,5	18,4	15,8	16,9	14,1
• Bereits genutzt, zur Zeit aber nicht mehr	7,1	3,9	0,0	2,6	3,1
• Wird zur Zeit genutzt	5,4	5,1	3,5	6,4	6,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Es wird damit deutlich, dass die Sachleistungsangebote von SGB XI die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf stützen, allerdings betrifft dies insgesamt gesehen nur einen relativ kleinen Teil der Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter, die diese Angebote nutzen, so dass von einem eindeutigen Profil der Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen bei einer Erwerbstätigkeit der Pflegeperson nicht gesprochen werden kann.

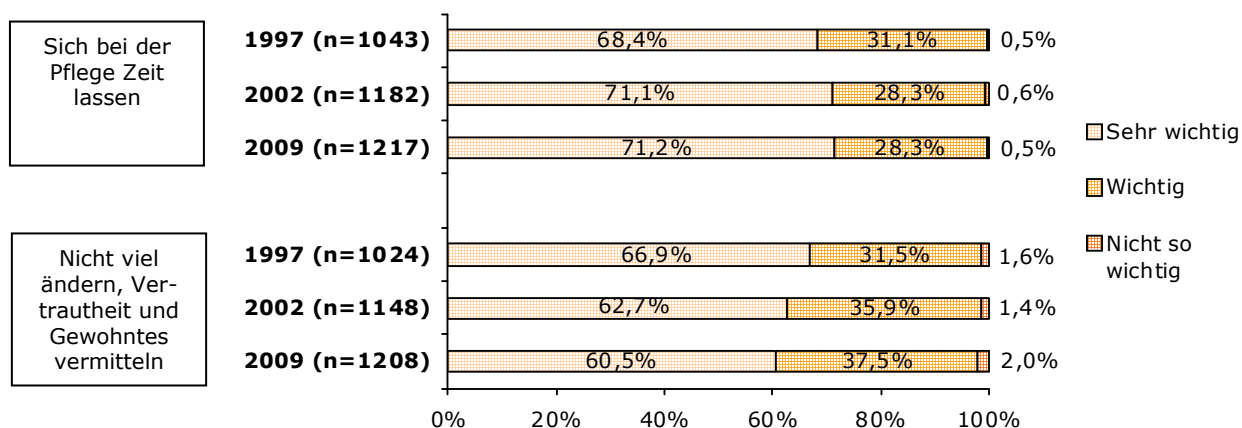
#### 4. Pflege und Pflegesituation

##### **Trend 9: Pflegevorstellungen und Pflegeunterstützung bleiben stabil.**

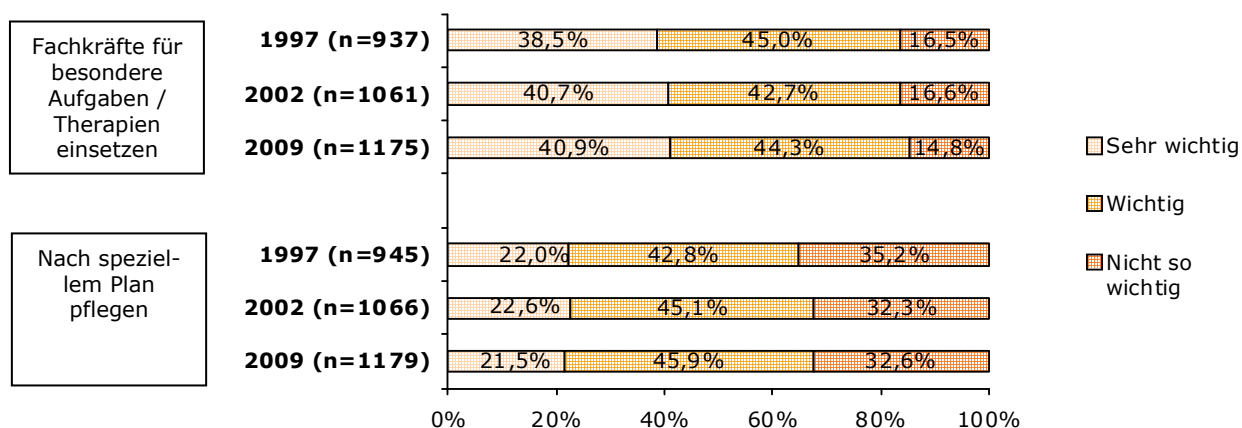
Die Wertemuster zur pflegerischen Tätigkeit und zu Hilfebedarfen sind weitestgehend unverändert. Das lebensweltliche Vorstellungsschema von Pflege behauptet sich gegenüber fachpflegerischer Professionalisierung. Auf die Frage, was den Pflegehaushalten bei der Pflege besonders wichtig ist, zeigen sich im Querschnittsvergleich nur geringfügige Veränderungen. Die folgende Abbildung 15 zeigt dies beispielhaft für zwei eher lebensweltliche Wertemuster zur Pflege, die Abbildung 16 zeigt dies beispielhaft für zwei eher fachpflegerische Wertemuster:

<sup>25</sup> Signifikanzniveau „Inanspruchnahme Teilstationäre Pflege nach Erwerbstätigkeit seit Pflegeübernahme“: n.s.

**Abb. 16: Meinungen zur Pfl egeetätigkeit I**  
(Angaben in Prozent)<sup>26</sup>



**Abb. 17: Meinungen zur Pfl egeetätigkeit II**  
(Angaben in Prozent)<sup>27</sup>



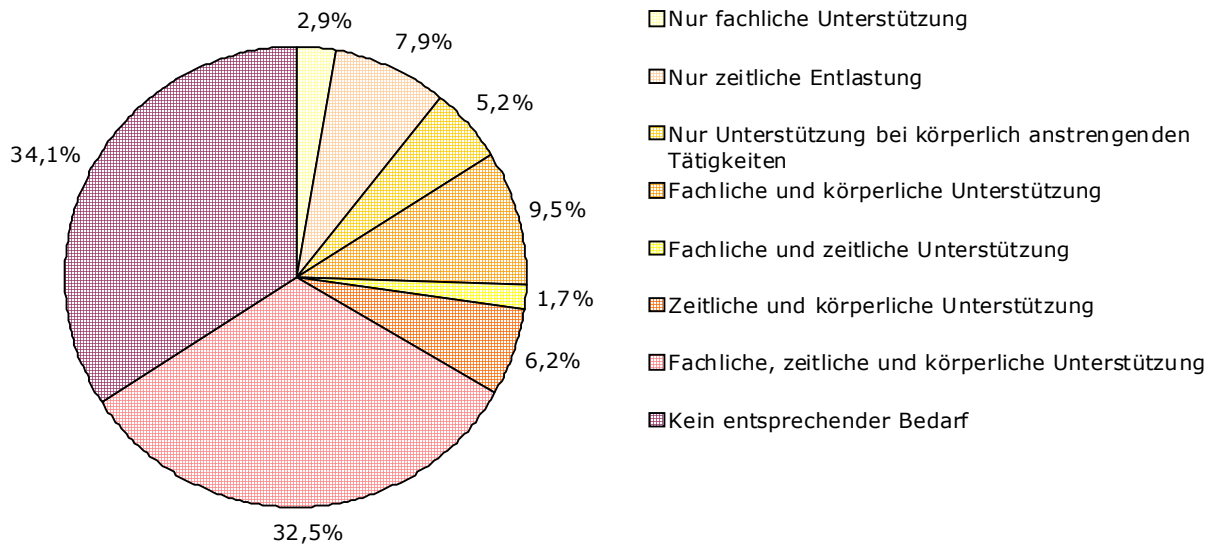
Auch bei den Unterstützerbedarfen, auf die die Pflegehaushalte besonderen Wert gelegt haben, zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede im Querschnittsvergleich. Dies betrifft sowohl den Bedarf für die Unterstützung einer bereits pflegenden Person, als auch den Unterstützungsbedarf, der neben der reinen Pfl egeetätigkeit für Haushaltstätigkeiten und Betreuung gesehen wird, sowie den zeitlich für erforderlich angesehenen Hilfebedarf.

Für den Unterstützerbedarf einer bereits pflegenden Person zeigen sich aktuell folgende Ergebnisse: Gut ein Drittel hat keinen zusätzlichen personellen Bedarf, ein weiteres Drittel hat sowohl Bedarf an zeitlicher, fachlicher und körperlicher Unterstützung, und das letzte Drittel differenziert sich diesbezüglich aus:

<sup>26</sup> Signifikanzniveau „Zeit lassen“: n.s.; Signifikanzniveau „Nicht viel ändern“: p<=0,01

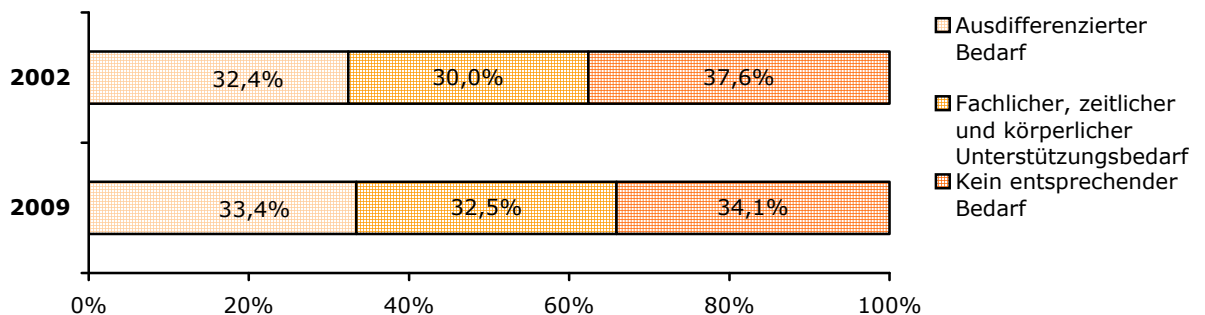
<sup>27</sup> Signifikanzniveau „Fachkräfte einsetzen“: n.s.; Signifikanzniveau „Nach speziellem Plan pflegen“: n.s.

**Abb. 18: Unterstützerbedarfe für eine bereits pflegende Person I**  
(Einzelberechnung 2009; n=955; Angaben „Großen Wert gelegt“ in Prozent)



Im Querschnittsvergleich ergeben sich für 2002 und 2009 stabile Werte, wie die folgende Abbildung verdeutlicht:

**Abb. 19: Unterstützerbedarf für eine bereits pflegende Person II**  
(n=863/955; Angaben „Großen Wert gelegt“ in Prozent)<sup>28</sup>



Die hohe Konstanz in den Pflegewertmustern und in der Definition der für wichtig angesehenen Unterstützerbedarfe führt dazu, dass sich der Anstieg der Sachleistungs- und Kombinationsleistungsempfänger in der häuslichen Pflege in den letzten 12 Jahren nicht deutlich stärker ausprägt hat. Wie die folgende Tabelle verdeutlicht, sehen viele Pflegehaushalte (Geldleistungsempfänger) ihren Bedarf an fachlicher Unterstützung nach wie vor auch ohne Pflegedienste geregelt:

<sup>28</sup> Das Item „Zeitliche Entlastung“ wurde 1997 noch nicht abgefragt, so dass hier nur die Befragungen 2002 und 2009 verglichen werden. Signifikanzniveau „Unterstützungsbedarf für eine bereits pflegende Person“: n.s.

**Tab. 12: Unterstützerbedarfe für eine bereits pflegende Person hinsichtlich zeitlicher, körperlicher und fachlicher Entlastung nach Leistungswahl**  
(Einzelberechnung 2009; Angaben „Großen Wert gelegt“ in Prozent)<sup>29</sup>

Unterstützerbedarfe für eine bereits pflegende Person	Sachleistung (n=114)	Pflegegeld (n=637)	Beides als Kombination (n=161)
• Nur fachlich	1,8	3,1	3,1
• Nur zeitlich	15,8	7,5	3,7
• Nur körperlich	1,8	5,3	7,5
• Fachlich und körperlich	15,8	7,7	12,4
• Fachlich und zeitlich	0,0	1,6	3,7
• Zeitlich und körperlich	4,4	6,3	6,8
• Fachlich, zeitlich und körperlich	28,9	30,3	43,5
• Kein entsprechender Bedarf	31,5	38,2	19,3
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Auch die Schwere der Pflegebedürftigkeit (nach Pflegestufen) führt nicht automatisch zu einem deutlichen Anstieg bei den Personen, die besonderen Wert auf fachliche oder auch sonstige Unterstützerbedarfe legen, wie die folgende Tabelle verdeutlicht:

**Tab. 13: Unterstützerbedarfe für eine bereits pflegende Person hinsichtlich zeitlicher, körperlicher und fachlicher Entlastung nach Pflegestufen**  
(Einzelberechnung 2009; Angaben „Großen Wert gelegt“ in Prozent)<sup>30</sup>

Unterstützerbedarfe für eine bereits pflegende Person	Pflegestufe I (n=566)	Pflegestufe II (n=286)	Pflegestufe III (n=94)
• Nur fachlich	3,2	1,7	5,2
• Nur zeitlich	8,5	7,0	5,2
• Nur körperlich	6,0	4,5	2,1
• Fachlich und körperlich	8,3	12,6	9,9
• Fachlich und zeitlich	2,1	1,4	1,1
• Zeitlich und körperlich	5,8	6,6	5,2
• Fachlich, zeitlich und körperlich	32,5	32,2	35,1
• Kein entsprechender Bedarf	33,6	34,0	36,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

D.h., so lange diese Wertmuster und Bedarfsdefinitionen stabil bleiben, wird daraus keine zusätzliche Nachfrage nach Pflegediensten entstehen.

<sup>29</sup> Signifikanzniveau „Unterstützerbedarfe für bereits pflegende Person nach Leistungswahl“:  $p < 0,001$

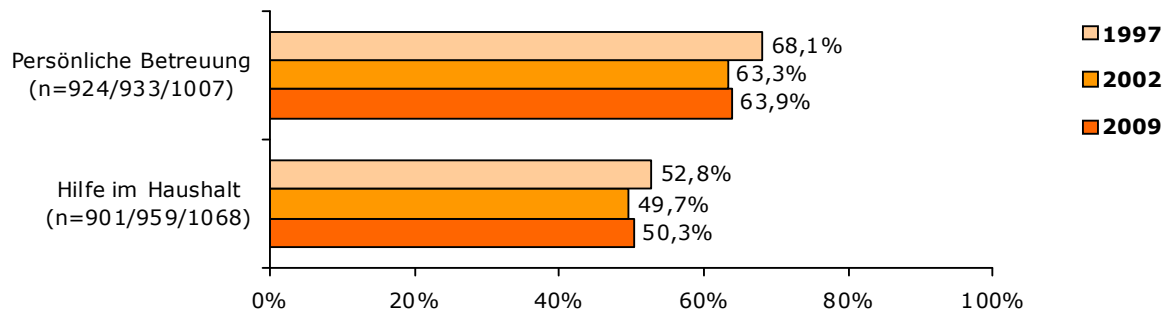
<sup>30</sup> Signifikanzniveau „Unterstützerbedarfe für bereits pflegende Person nach Pflegestufen“: n.s.



Die Unterstützungsbedarfe, auf die neben der reinen Pflegetätigkeit für Haushaltsaufgaben und Betreuung besonderer Wert gelegt wurde, zeigen im Querschnittsvergleich ebenfalls ein relativ konstantes Niveau, wie die folgende Abbildung verdeutlicht:

**Abb. 20: Bedarf an Unterstützung für persönliche Betreuung und Haushaltshilfe**

(Angaben „Großen Wert gelegt“ in Prozent; Mehrfachnennungen möglich)<sup>31</sup>



Das Wert legen auf persönliche Betreuung ist relativ unabhängig von der Schwere der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) zu sehen. Auch das Krankheitsbild der Demenz beim Pflegebedürftigen führt nicht zu einem deutlich höheren Anteil an Pflegehaushalten, die entsprechendes angeben. Ein wichtiger Faktor ist die bei Pflegebeginn gegebene Haushalts- bzw. personelle Unterstützerstruktur. Ehepaarhaushalte äußern hier signifikant häufiger, dass sie keinen Bedarf an persönlicher Betreuung haben, und sie haben auch deutlich häufiger keinen Bedarf an einer Haushaltshilfe. Überdurchschnittlich häufig geben dagegen die Pflegebedürftigen, die alleine wohnen, einen derartigen Bedarf an.

**Tab. 14: Bedarf an Unterstützung für persönliche Betreuung und Haushaltshilfe im Vergleich von Einpersonen- und Ehepaarhaushalten**

(Einzelberechnung 2009; Angaben in Prozent)<sup>32</sup>

Unterstützungsbedarfe Betreuung/Haushaltshilfe	1-Personenhaushalte		Ehepaarhaushalte	
	Persönliche Betreuung (n=295)	Hilfe im Haushalt (n=315)	Persönliche Betreuung (n=345)	Hilfe im Haushalt (n=366)
• Keinen Wert gelegt	11,2	17,1	24,6	41,5
• Teils/teils	18,0	16,2	13,6	12,3
• Großen Wert gelegt	70,8	66,7	61,8	46,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

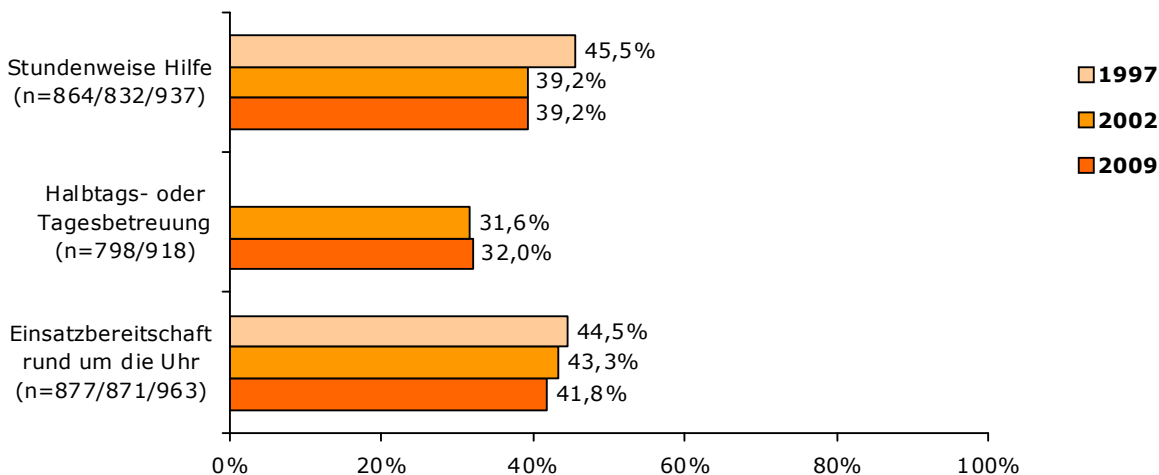
D.h., der angegebene Bedarf an einer persönlichen Betreuung basiert weniger auf medizinisch-gesundheitlichen Fakten wie Schwere der Pflegebedürftigkeit oder Demenz des Pflegebedürftigen, sondern hat eher mit den bereits im Haushalt vorhandenen Personen und den Wertmustern zur Pflege zu tun.

<sup>31</sup> Signifikanzniveau „Persönliche Betreuung“: n.s.; Signifikanzniveau „Hilfe im Haushalt“: n.s.

<sup>32</sup> Signifikanzniveau „Persönliche Betreuung nach Haushaltsgröße“:  $p < 0,001$ ; Signifikanzniveau „Hilfe im Haushalt nach Haushaltsgröße“:  $p < 0,001$

Für die Unterstützerbedarfe in zeitlicher Hinsicht, auf die die Pflegehaushalte besonderen Wert gelegt haben, zeigt sich ebenfalls ein konstantes Niveau. Siehe hierzu die folgende Abbildung:

**Abb. 21: Zeitbedarfe, auf die die Pflegehaushalte bei der Pflegeorganisation großen Wert gelegt haben**  
 (Angaben „Großen Wert gelegt“ in Prozent; Mehrfachnennungen möglich)<sup>33</sup>



Betrachtet man die Zeitbedarfe etwas genauer, so fällt auf, dass diese zu einem großen Teil unabhängig von objektiven Zeitkriterien wie Pflegestufenaufwand oder Demenz, definiert werden. Dies betrifft insbesondere das Gefühl, rund um die Uhr im Einsatz sein zu müssen. Siehe hierzu die Tabelle 15:

**Tab. 15: Zeitbedarfe, auf die die Pflegehaushalte bei der Pflegeorganisation großen Wert gelegt haben, nach Pflegestufen und Demenz**  
 (Einzelberechnung 2009; Angaben in Prozent)<sup>34</sup>

Zeitbedarfe	Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III	
	Keine Demenz (n=309)	Demenz (n=110)	Keine Demenz (n=134)	Demenz (n=94)	Keine Demenz (n=31)	Demenz (n=35)
• Nur Stundenweise Hilfe	18,4	16,4	14,9	11,7	12,9	14,3
• Halbtags- oder Tagesbetreuung (ggf. auch zusätzlich Stundenweise Hilfe)	9,4	16,4	9,0	21,3	6,5	14,3
• Einsatzbereitschaft rund um die Uhr (ggf. auch zusätzlich Stundenweise Hilfe/Halbtags- oder Tagesbetreuung)	49,2	48,2	47,8	43,6	51,6	57,1
• Auf alle drei Hilfen <b>keinen</b> besonderen Wert gelegt	23,0	19,0	28,3	23,4	29,0	14,3
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

<sup>33</sup> Das Item „Halbtags- oder Tagesbetreuung“ wurde 1997 noch nicht abgefragt. Signifikanzniveau „Stundenweise Hilfe“: p<=0,01; Signifikanzniveau „Halbtags- oder Tagesbetreuung“: n.s.; Signifikanzniveau „Einsatzbereitschaft rund um die Uhr“: n.s.

<sup>34</sup> Signifikanzniveau „Zeitbedarfe nach Pflegestufen und Demenz I“: n.s.

D.h., es gehen hier in hohem Maße subjektive Vorstellungen bzw. Erfahrungen dazu ein, welcher Zeitaufwand für die zu pflegende Person als besonders wichtig erachtet wird. Insbesondere wird deutlich, dass rund die Hälfte der Pflegehaushalte davon ausgeht, dass eine Einsatzbereitschaft rund um die Uhr erforderlich ist, auch wenn weder eine Demenz noch eine Pflegestufe II oder III gegeben ist. Eine solche Einstellung dürfte mitverantwortlich dafür sein, dass punktuelle Unterstützung, wie sie z.B. Pflegedienste leisten, von vielen als nicht ausreichend angesehen wird und dass sich ein hoher Anteil an Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter ergibt, die nicht erwerbstätig sind.<sup>35</sup> Es wird weiterhin deutlich, dass eine effizienz- und effektivitätsgesteuerte Leistungsbereithaltung durch SGB XI hier an ihre Grenzen stößt.

**Trend 10: Es gibt keine generelle Zunahme der Pflegebedürftigkeit in Deutschland, sondern eine längere Lebensdauer der Pflegebedürftigen und damit eine stete Zunahme von Versicherungsanspruchnehmern im ambulanten und stationären Bereich.**

Die bisher allseits prognostizierte Zunahme der Pflegebedürftigkeit in Deutschland aufgrund der Altersentwicklung in der Gesellschaft ist bisher ausgeblieben. Wie die Statistik des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen verdeutlicht, liegt die Anzahl der Neuanträge auf Feststellung einer Pflegebedürftigkeit (Erstgutachten) seit 1999 auf einem konstant hohen Niveau von knapp 700.000 (davon für die ambulante Pflege meist um die 550.000)<sup>36</sup>. D.h., die Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen beruht im wesentlichen darauf, dass die Menschen heute mit Pflegebedürftigkeit länger leben, und damit auch länger Versicherungsleistungen erhalten und sich bei einem konstanten Zuwachs an neuen Pflegebedürftigen die Anzahl der Versicherungsanspruchnehmer insgesamt stetig erhöht hat.

Der Trend zu einem längeren Leben mit Pflegebedürftigkeit wird auch in der Befragung deutlich. Der Anteil an Pflegebedürftigen, die länger als 5 Jahre gepflegt werden, ist gegenüber 1997 deutlich von 34% auf rund 45% angestiegen. Siehe hierzu die folgende Tabelle:

<sup>35</sup> Dieses Ergebnis deckt sich mit Aussagen von Pflegenden, die bereits in den 1990er Jahren im Rahmen von Interviews erhoben wurden: Beispiel einer Aussage: „was nützt mir der Pflegedienst, wenn er am Tag für eine halbe Stunde vorbeikommt und eine Stunde später hat sie die Hosen voll.“

<sup>36</sup> Davon wird bei um die 500.000 Erstgutachten Pflegebedürftigkeit festgestellt. Für die ambulante Pflege liegt die Anzahl bei um die 370.000. Die Bewilligungsquoten sind konstant.

**Tab. 16: Dauer der Pflegebedürftigkeit**  
(Angaben in Prozent)<sup>37</sup>

Dauer der Pflegebedürftigkeit	1997 (n=1064)	2002 (n=1210)	2009 (n=1182)
• Weniger als 1 Jahr	7,2	7,3	7,7
• 1 bis unter 2 Jahre	18,4	15,0	12,5
• 2 bis unter 3 Jahre	19,1	14,4	13,8
• 3 bis unter 5 Jahre	20,9	23,9	20,8
• 5 bis unter 10 Jahre	16,8	23,6	22,2
• 10 Jahre und mehr	17,6	15,8	23,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Betrachtet man die Altersgruppen, die heute 5 Jahre und mehr gepflegt werden, so zeigt sich, dass gegenüber 1997 der Anteil an hochaltrigen Pflegebedürftigen deutlich zugenommen hat. Siehe hierzu die folgende Tabelle:

**Tab. 17: Dauer der Pflegebedürftigkeit nach Alter der pflegebedürftigen Person**  
(Angaben in Prozent)<sup>38</sup>

Alter der pflegebedürftigen Person	Dauer der Pflegebedürftigkeit bis unter 2 Jahre			Dauer der Pflegebedürftigkeit 5 Jahre und mehr		
	1997 (n=268)	2002 (n=264)	2009 (n=229)	1997 (n=360)	2002 (n=468)	2009 (n=519)
• 30 bis 64 Jahre	9,3	11,4	12,2	34,2	27,8	21,9
• 65 bis 79 Jahre	37,3	35,6	33,2	28,9	31,8	33,9
• 80 Jahre und älter	53,4	53,0	54,6	36,9	40,4	44,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Dieser Trend kann als ein Indikator für eine bessere Pflege interpretiert werden, die durch die Pflegeversicherung erreicht worden ist. Es kann ebenso mit einer insgesamt besseren medizinischen Versorgung der Pflegebedürftigen zusammenhängen. Mit der Zunahme der hochaltrigen Pflegebedürftigen, die bereits sehr lange gepflegt werden, dürfte auch die Zunahme der Pflegebedürftigen mit Demenz ein wichtiger Aspekt sein. Der aktuelle Anteil von allen Pflegebedürftigen mit Demenz liegt in der Befragung 2009 bei rund 33%, bei hochaltrigen Pflegebedürftigen ab 80 Jahren liegt er bei 43%.

<sup>37</sup> Signifikanzniveau „Dauer Pflegebedürftigkeit“:  $p <= 0,001$

<sup>38</sup> Signifikanzniveau „Dauer der Pflegebedürftigkeit nach Alter der pflegebedürftigen Person 1997“:  $p <= 0,001$ ; Signifikanzniveau „Dauer der Pflegebedürftigkeit nach Alter der pflegebedürftigen Person 2002“:  $p <= 0,001$ ; Signifikanzniveau „Dauer der Pflegebedürftigkeit nach Alter der pflegebedürftigen Person 2009“:  $p <= 0,001$

**Trend 11: Es gibt eine deutliche Zunahme der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I und eine Abnahme des Anteils von Pflegebedürftigen sowohl mit Pflegestufe II als auch mit Pflegestufe III.**

Betrachtet man die Entwicklung der Pflegestufen im Zeitverlauf, so zeigt sich ein eindeutiger und steter Trend zu Pflegehaushalten, in denen Pflegebedürftige der Pflegestufe I gepflegt werden. Die folgende Tabelle zeigt den Trend zum Vergleich auch für die offizielle Statistik im ambulanten Bereich.

**Tab. 18: Verteilung nach Pflegestufen**  
(Angaben in Prozent)<sup>39</sup>

Pflegestufen	Pflegeversicherungstatistik 1997 (n=1.084514)	Befragung 1997 (n=1070)	Pflegeversicherungstatistik 2002 (n=1.171461)	Befragung 2002 (n=1244)	Pflegeversicherungstatistik 2008 (n=1.307993)	Befragung 2009 (n=1246)
• Pflegestufe I	48,6	49,1	57,6	51,2	61,4	61,3
• Pflegestufe II	40,5	37,8	33,6	36,5	30,5	29,8
• Pflegestufe III	10,9	13,1	8,8	12,3	8,1	8,9
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Der deutliche Zuwachs der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I hängt mit dem Trend 10 zusammen: bei den bewilligten Neubegutachtungen überwog schon immer der Anteil mit Pflegestufe I. Wenn die Pflegebedürftigen aufgrund der besseren Versorgung bzw. des medizinischen Fortschritts länger gepflegt werden, dann profitieren davon überdurchschnittlich viele Pflegebedürftige mit Pflegestufe I, wenn zugleich die Höherstufungsquote in Pflegestufe II oder III relativ konstant bleibt. Beide Effekte führen dazu, dass sich für Pflegestufe I bisher ein immer höherer Anteil an Pflegebedürftigen ergibt und dieser Anstieg letztlich davon abhängt, wie sich die Pflegedauer für Pflegestufe I bei konstantem Anteil an neuen Pflegebedürftigen weiterentwickelt.<sup>40</sup>

Diese Ergebnisse zur Pflegedauer und zur Pflegestufe machen deutlich, dass sich die Zusammenstellung der Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich grundlegend verändert hat. Hieraus ergeben sich für bestimmte Aspekte gegenläufige Effekte. Ein Beispiel: Einerseits kann mit mehr Pflegebedürftigen in Pflegestufe I von weniger Pflegebelastung ausgegangen werden, andererseits kann eine Zunahme der Pflegedauer, insbesondere auch bei hochaltrigen Personen, zu einer Zunahme der Belastung führen.

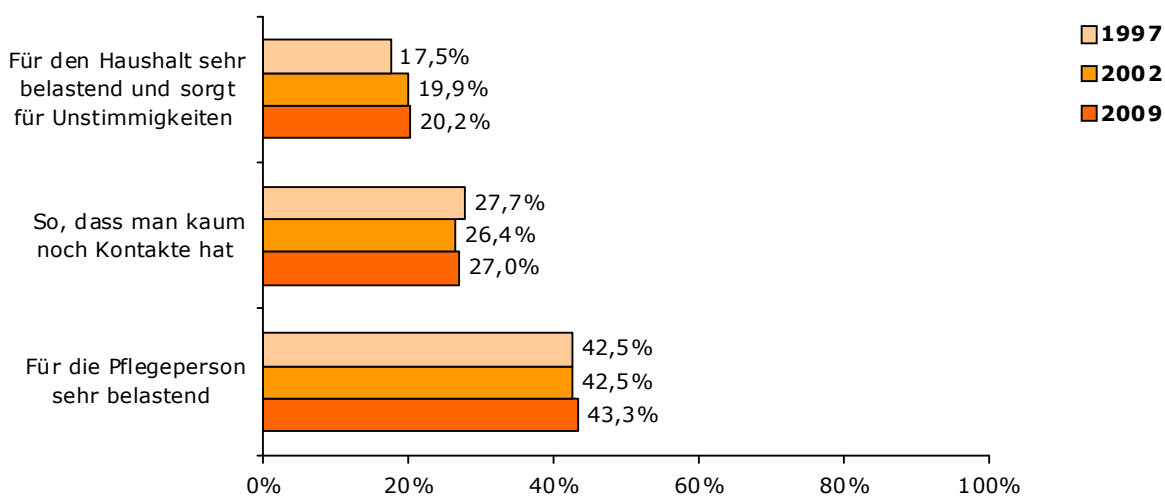
<sup>39</sup> Bei den Daten der Pflegeversicherungstatistik wurden nur Leistungsempfänger ab 30 Jahren berücksichtigt, da sich die Befragungsdaten auf diese Altersgruppe beziehen. Signifikanzniveau Befragungsdaten „Verteilung nach Pflegestufen“:  $p < 0,001$

<sup>40</sup> Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen hat in seinem Pflegebericht 2005 bereits dieses Phänomen des starken Anstiegs in Pflegestufe I behandelt und kommt zu dem Ergebnis, dass Pflegebedürftige dieser Pflegestufe die längste Verbleibdauer in ihrer Pflegestufe haben. Dies hat zur Folge, „dass sich der Bestand von Pflegebedürftigen der Stufe 1 über die Jahre hinweg erst aufgebaut hat“. Eine endgültige Prävalenz von Pflegebedürftigkeit hat sich noch nicht herausgebildet.

**Trend 12: Die von den Pflegehaushalten wahrgenommenen Belastungen bleiben auf konstantem Niveau.**

Obwohl gegenüber den Anfangsjahren der Pflegeversicherung mittlerweile viel in entlastende Maßnahmen zur Förderung der Struktur- und Prozessqualität investiert worden ist, und mittlerweile wesentlich mehr Pflegedienste und auch sonstige Leistungen wie Hilfsmittel, Wohnraumanpassungsmaßnahmen oder Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden, hat sich an den wahrgenommenen Belastungen anteilmäßig so gut wie nichts verändert. Siehe hierzu die folgende Abbildung:

**Abb. 22: Beurteilung der Pflegesituation**  
(n=1065/1211/1212; Zustimmung in Prozent)<sup>41</sup>



Die Gründe hierfür sind vielfältig. Es gibt aber bestimmte typische Muster, die die subjektiv wahrgenommene Belastung prägen. Hierzu gehören:

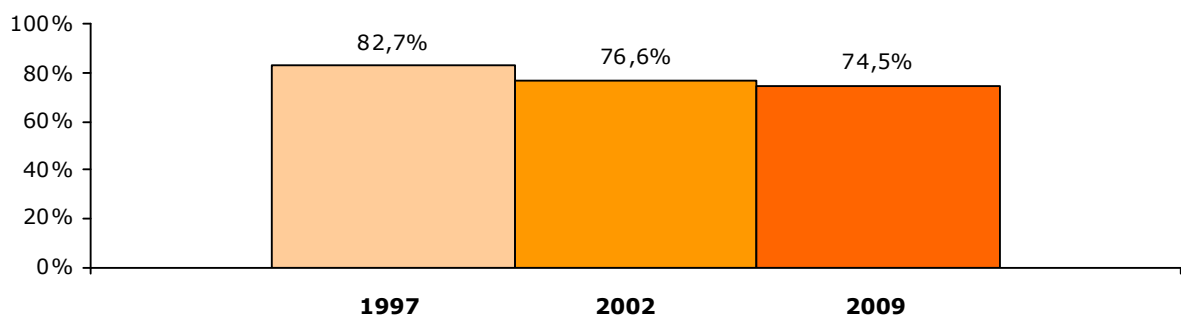
- die Pflegedauer: je länger die Pflegedauer ist, desto mehr Personen geben Belastungen an.
- der selbst definierte Zeitaufwand: je höher der Zeitaufwand für die Pflege gesehen wird, desto eher wird eine starke Belastung der Pflegeperson angegeben. Entsprechend gibt es auch einen signifikanten Zusammenhang zwischen Belastung der Pflegeperson und einer Demenz beim Pflegebedürftigen.
- die Pflegestufe: Pflegehaushalte mit Pflegestufe I fühlen sich seltener belastet als Haushalte mit Stufe II oder III. Außerdem gilt: je höher die Pflegestufe, desto eher wird angegeben, dass man kaum noch soziale Kontakte hat.
- das Pflegearrangement: in der Ehepartnerpflege wird deutlich häufiger eine starke Belastungen der Pflegeperson angegeben, bei Arrangements mit Pflegedienstbeteiligung signifikant seltener.

- die Aufnahme bei Angehörigen: in diesen Haushalten kommt es eher zu Unstimmigkeiten untereinander.
- Personen, die ein eher geringeres Belastungspotential haben und deshalb bereits mit Pflegebeginn ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben oder eingeschränkt haben, geben häufiger Belastungen an, während Vollzeit- und Teilzeiterwerbstätige nicht signifikant häufiger Belastungen angeben.

Im Endeffekt ergibt sich somit, dass es gegenüber 1997 mehr Haushalte mit Pflegestufe I gibt, was für einen Rückgang der Belastungen sprechen würde, gleichzeitig liegt aber ein höherer Anteil an Pflegehaushalten vor, die bereits sehr lange pflegen, und ein höherer Anteil an Ehepartnerpflege, was eher zu zusätzlichen Belastungsangaben führt. D.h., bestimmte gegenläufige Effekte führen letztlich dazu, dass sich keine signifikanten Veränderungen im Zeitverlauf ergeben.

In der Bewertung der Pflegesituation zeigt sich ein leicht negativer Trend seit 1997 bei einer insgesamt gesehen zufriedenstellenden Beurteilung der Pflegesituation, wie die folgende Abbildung verdeutlicht:

**Abb. 23: Die Pflegesituation ist insgesamt gesehen in Ordnung**  
(n=1065/1211/1212; Zustimmung in Prozent)<sup>42</sup>



## 5. Zufriedenheit mit der Pflegeversicherung und Inanspruchnahme von Leistungen

**Trend 13: Der Personenkreis, der Ansprüche an die Unterstützung durch SGB XI stellt, steigt stetig an. Das bedeutet auch: Wirkungen der zusätzlich bereitgestellten Leistungen im Sinne der Reduzierung der Ansprüche durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zeigen sich nicht.**

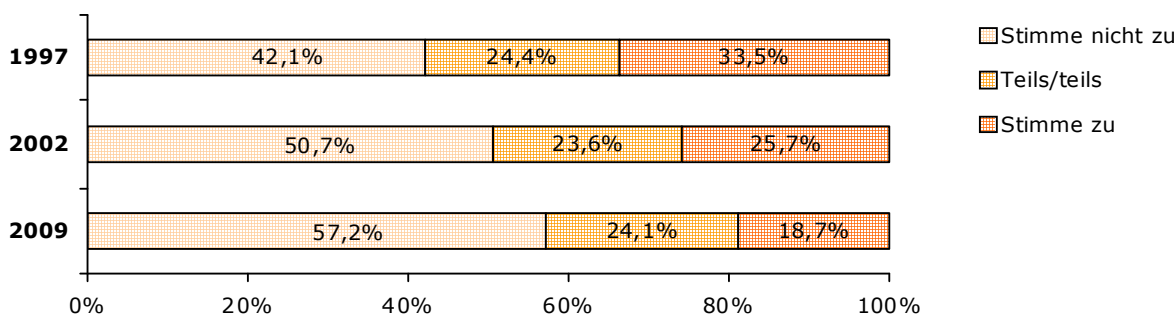
<sup>41</sup> Signifikanzniveau „Für den Haushalt sehr belastend“: n.s.; Signifikanzniveau „Kaum noch Kontakte“: n.s. ; Signifikanzniveau „Für die Pflegeperson sehr belastend“: n.s.

<sup>42</sup> Signifikanzniveau „Insgesamt in Ordnung“:  $p <= 0,001$

Bei Einführung der Pflegeversicherung war die öffentliche Diskussion noch stark davon geprägt, ob die bereitgestellten Leistungen des SGB XI ausreichen. Entsprechend war davon auszugehen, dass einige Pflegehaushalte mit dem Leistungsumfang von SGB XI nicht zufrieden sein werden. Andererseits gab es viele Pflegehaushalte, die zuvor ohne staatliche Unterstützung gepflegt hatten und somit mit SGB XI wesentlich besser da standen als zuvor. Im Endergebnis ergab sich für die Befragung von 1997 ein Anteil von 42%, der der Meinung war, dass mit dem neuen Gesetz noch nicht genug getan worden ist. Mittlerweile sind seit Einführung der Pflegeversicherung rund 15 Jahre vergangen und eine neue Generation, die nicht mehr ohne staatliche Zuschüsse gepflegt hat, sondern wie selbstverständlich von Unterstützung ausgeht, bestimmt den Personenkreis der häuslichen Pflege. Die neue Pflegegeneration ist deutlich fordernder: mittlerweile sind 57% der Meinung, dass der Staat nicht genug für die häusliche Pflege getan hat. Siehe hierzu die folgende Abbildung:

**Abb. 24: Einstellung Staat hat mit der Pflegeversicherung genug getan**

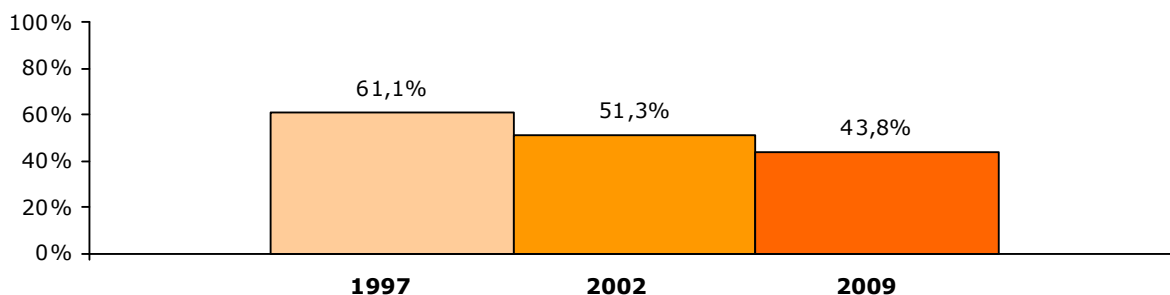
(n=1041/1159/1158; Angaben in Prozent)<sup>43</sup>



Ein ähnlicher Trend zeigt sich auch bei der Beurteilung von SGB XI hinsichtlich der Anerkennung für Angehörige:

**Abb. 25: Pflegeversicherung gibt pflegenden Angehörigen Anerkennung**

(n=1063/1185/1179; Zustimmung in Prozent)<sup>44</sup>



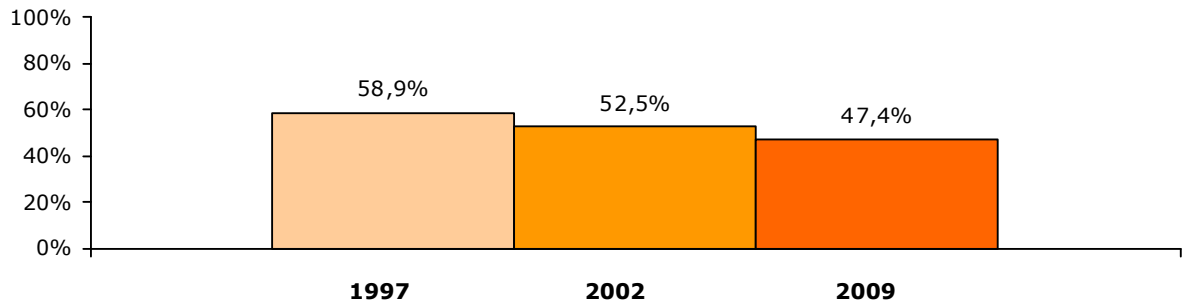
Auch bei der Einschätzung, dass SGB XI ein Ansporn ist, Pflege zu übernehmen, zeigt sich im Trend eine deutlich kritischer gewordene Meinung:

<sup>43</sup> Signifikanzniveau „Staat hat genug getan“:  $p < = 0,001$



**Abb. 26: Die Pflegeversicherung ist für Angehörige und Bekannte ein Ansporn, Pflege zu übernehmen**

(n=1052/1177/1175; Zustimmung in Prozent)<sup>45</sup>

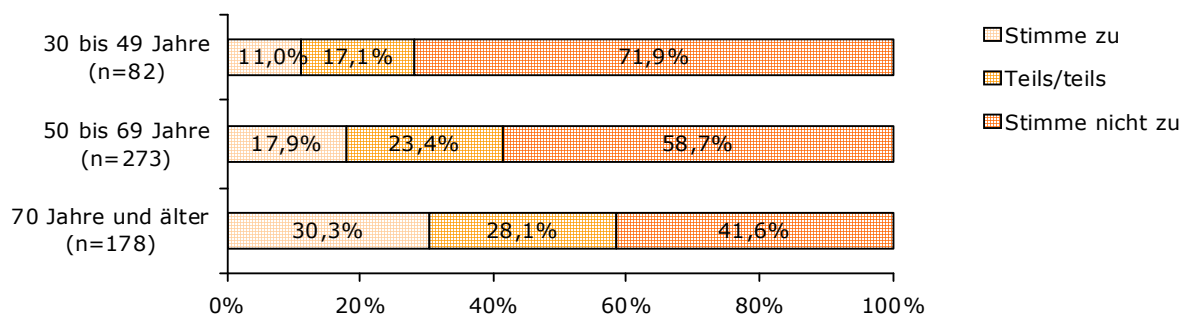


D.h., obwohl die Regierung mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Jahr 2008 nachgebessert hat, hat dies offensichtlich wenig Wirkung auf die Einstellung der Betroffenen ausgeübt. Es ist allerdings nicht auszuschließen, dass die Meinung ohne dieses Gesetz noch wesentlich schlechter ausgefallen wäre. Generell lässt sich aus diesen Ergebnissen schließen, dass die Regierung mit SGB XI immer weniger steuernden Einfluss auf die Pflegeübernahme von Angehörigen ausüben kann. Das Wegbröckeln der moralischen Verpflichtung zur Pflege unter Angehörigen kann nicht ausreichend durch Unterstützeranreize kompensiert werden. Setzt sich dieser Trend fort – und im Moment spricht vieles dafür – dann werden immer neue Nachbesserungen im SGB XI erforderlich sein, die entsprechend die Kosten der Versicherung steigern werden, oder es kommt zu einem weiteren Zulauf für die stationäre Pflege, welches letztlich auch höhere Kosten verursacht.

Diese Einstellungen zur Pflegeversicherung werden von allen Bevölkerungsschichten geteilt und sind unanhängig vom Haushaltsnettoeinkommen. Auch die Art der gewählten Pflegeleistung spielt dabei keine Rolle. Es zeigt sich allerdings im Generationenvergleich, dass die jüngere Generation deutlich fordernder ist, als die Ältere. Siehe hierzu die folgende Abbildung:

**Abb. 27: Einstellung Staat hat genug getan nach Generationenzugehörigkeit**

(Einzelberechnung 2009; Angaben in Prozent)<sup>46</sup>



<sup>44</sup> Signifikanzniveau „Gibt Angehörigen Anerkennung“:  $p < 0,001$

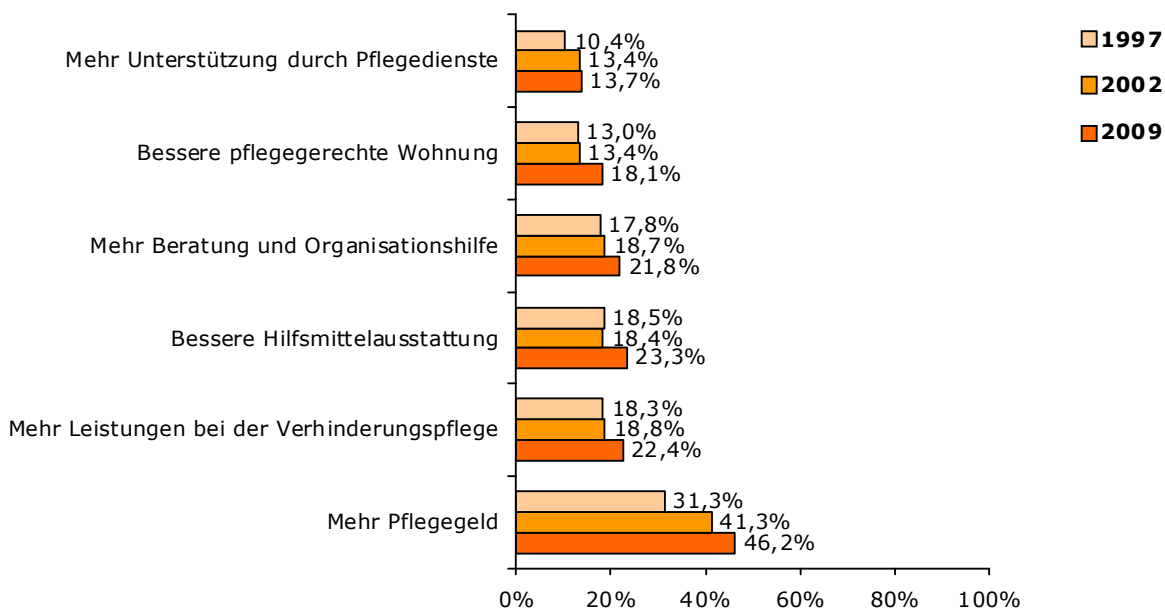
<sup>45</sup> Signifikanzniveau „Ansporn für Angehörige, Pflege zu übernehmen“:  $p < 0,001$

<sup>46</sup> Signifikanzniveau „Staat hat genug getan nach Generationenzugehörigkeit“:  $p < 0,001$

Als Folge dieser zunehmenden Unzufriedenheit ergibt sich auch eine stete Zunahme der Forderungen auf den unterschiedlichen Leistungsebenen. Siehe hierzu die folgende Abbildung:

**Abb. 28: Zusatzbedarfe aus Sicht der Pflegehaushalte**

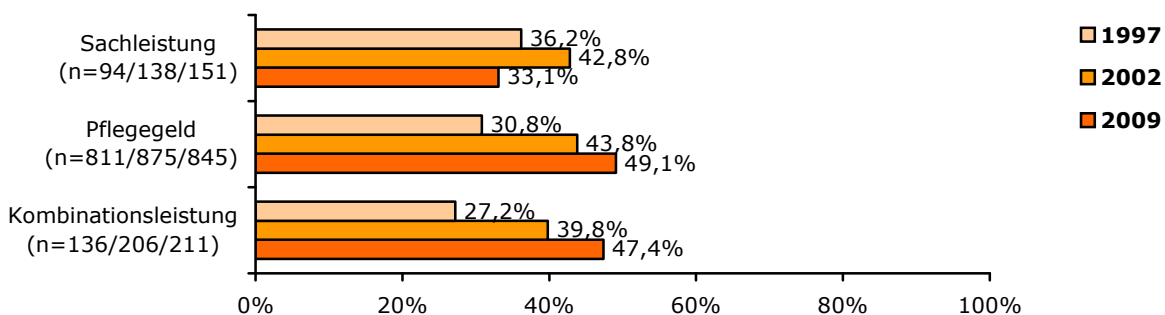
(n=1113/1314/1266; Zustimmung in Prozent)<sup>47</sup>



Für die geäußerten Bedarfe nach mehr Pflegegeld und mehr Unterstützung durch Pflegedienste ergeben sich folgende Entwicklungen, wenn man nach der Art des Leistungsempfängers unterscheidet:

**Abb. 29: Zusatzbedarf mehr Pflegegeld nach Leistungsempfängerart**

(Angaben in Prozent)<sup>48</sup>



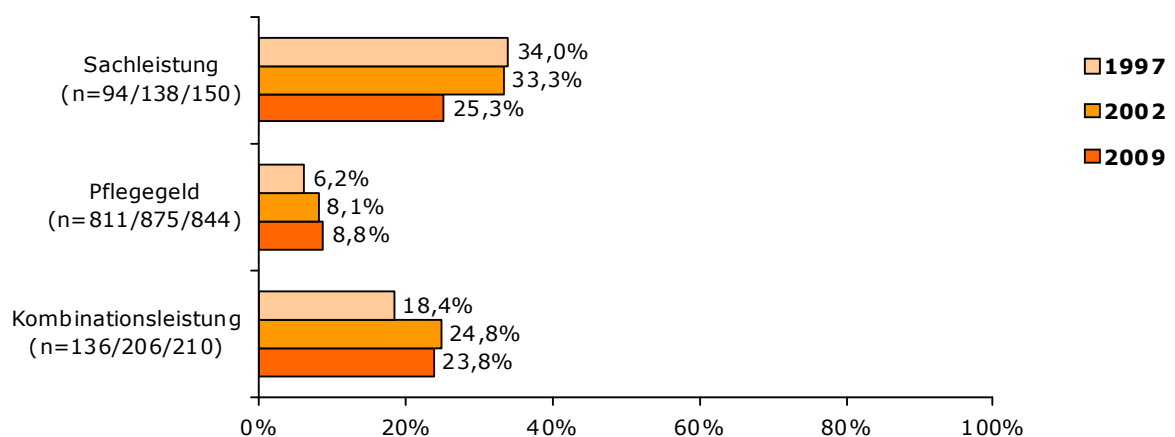
Es wird deutlich, dass der Zusatzbedarf nach mehr Pflegegeld vor allem von den Pflegegeldempfängern und den Empfängern von Kombinationsleistungen kommt. Die Zuwächse sind dabei beachtlich und zeigen auch einen steten Trend an. Vertiefende

<sup>47</sup> Signifikanzniveau „Mehr Unterstützung durch Pflegedienste“: p<=0,05; Signifikanzniveau „Bessere pflegegerechte Wohnung“: p<=0,01; Signifikanzniveau „Mehr Beratung und Organisationshilfe“: p<=0,05; Signifikanzniveau „Bessere Hilfsmittelausstattung“: p<=0,01; Signifikanzniveau „Mehr Leistungen bei der Verhinderungspflege“: p<=0,05; Signifikanzniveau „Mehr Pflegegeld“: p<=0,001

Analysen machen deutlich, dass diese Forderungen durchaus reale Hintergründe haben. Pflegehaushalte, die keine eigenen Pflegezusatzkosten haben, stellen auch deutlich seltener Geldforderungen. Auch von Pflegehaushalten, die im eigenen Haus wohnen, werden seltener Geldforderungen gestellt, während bei der Pflege in der Mietswohnung von Angehörigen überdurchschnittlich viele Pflegehaushalte zusätzliche Geldforderungen haben.

Bei dem Bedarf nach mehr Sachleistungen (Pflegediensten) wird in Abbildung 26 deutlich, dass rund jeder vierte Sachleistungs- und Kombinationsleistungsempfänger einen zusätzlichen Bedarf äußert. Im Vergleich zu 1997 fällt der Anstieg eher gering aus. Es sind überraschenderweise nicht die Sachleistungsempfänger und Empfänger von Kombinationsleistungen, bei denen sich ein Anstieg der Forderungen zeigt, sondern ein kleiner Anteil an Geldleistungsempfängern, die aber aufgrund ihrer hohen Gesamtzahl an allen Pflegehaushalten keine unbedeutende Größenordnung darstellen. Siehe hierzu die folgende Abbildung:

**Abb. 30: Zusatzbedarf mehr Unterstützung durch Pflegedienste nach Leistungsart**  
(Angaben in Prozent)<sup>49</sup>



#### **Trend 14: Die Dienstleister der Pflegeversicherung haben sich etabliert.**

Der Querschnittsvergleich zeigt für die Dienstleister der Pflegeversicherung (MDK und Pflegedienste) stabile Ergebnisse. Dies kann insgesamt so interpretiert werden, dass sich diese Institutionen im Rahmen der Pflegeversicherung etabliert haben und größtenteils gute Arbeit leisten. Im Einzelnen zeigen sich folgende Ergebnisse:

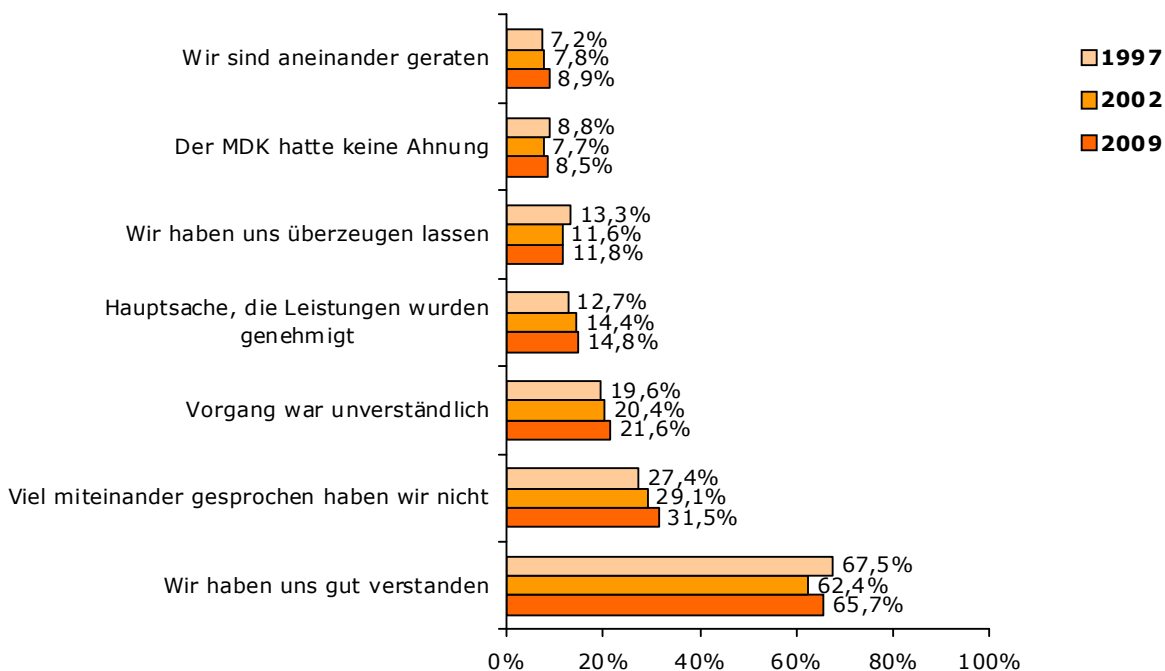
<sup>48</sup> Signifikanzniveau „Mehr Pflegegeld nach Leistungsart 1997“: n.s.; Signifikanzniveau „Mehr Pflegegeld nach Leistungsart 2002“: n.s.; Signifikanzniveau „Mehr Pflegegeld nach Leistungsart 2009“:  $p < 0,01$

<sup>49</sup> Signifikanzniveau „Mehr Unterstützung durch Pflegedienste nach Leistungsart 1997“:  $p < 0,001$ ; Signifikanzniveau „Mehr Unterstützung durch Pflegedienste nach Leistungsart 2002“:  $p < 0,001$ ; Signifikanzniveau „Mehr Unterstützung durch Pflegedienste nach Leistungsart 2009“:  $p < 0,001$

Für die medizinische Begutachtung zeigt sich weder in den Einzelaussagen noch in der Gesamtbewertung eine deutliche Veränderung, wie die beiden folgenden Abbildungen verdeutlichen:

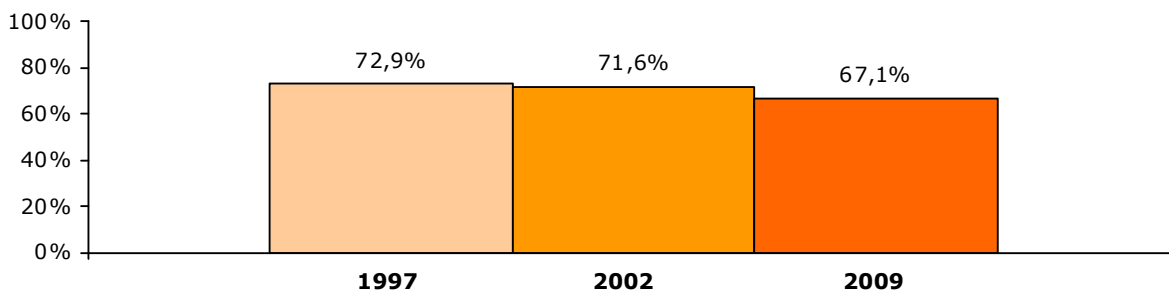
**Abb. 31: Aussagen zur Begutachtung durch den MDK**

(n=1113/1314/1266; Zustimmung in Prozent)<sup>50</sup>



**Abb. 32: Begutachtungsverfahren des MDK ist, so wie es ist, in Ordnung**

(n=969/1079/1070; Zustimmung in Prozent)<sup>51</sup>

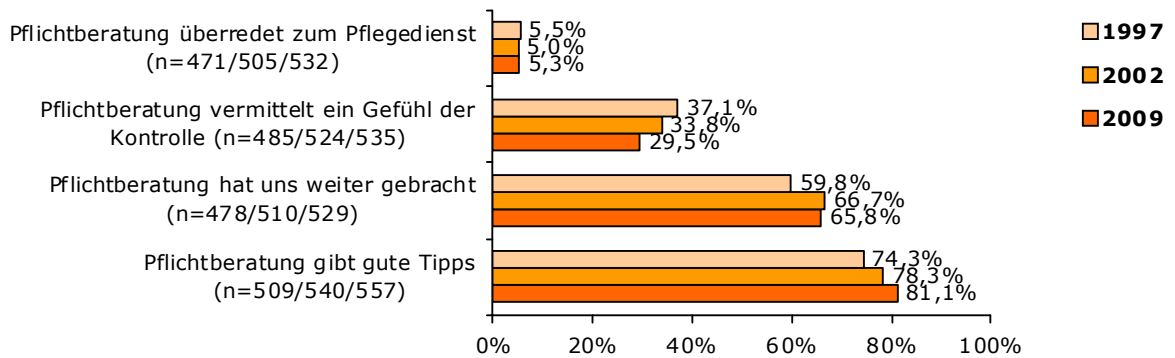


Bei der Pflichtberatung für Geldleistungsempfänger durch die Pflegedienste zeigt sich sogar ein leicht positiver Trend. Es gibt jetzt mehr Personen, die angeben, dass sie gute Tipps erhalten haben und es gibt weniger Personen, die angeben, dass sie sich kontrolliert gefühlt haben. Siehe hierzu die folgende Abbildung:

<sup>50</sup> Signifikanzniveau „Wir sind aneinander geraten“: n.s.; Signifikanzniveau „Der MDK hatte keine Ahnung“: n.s.; Signifikanzniveau „Wir haben uns überzeugen lassen“: n.s.; Signifikanzniveau „Hauptsache, die Leistungen wurden genehmigt“: n.s.; Signifikanzniveau „Vorgang war unverständlich“: n.s.; Signifikanzniveau „Viel miteinander gesprochen haben wir nicht“: p<=0,05; Signifikanzniveau „Wir haben uns gut verstanden“: n.s.

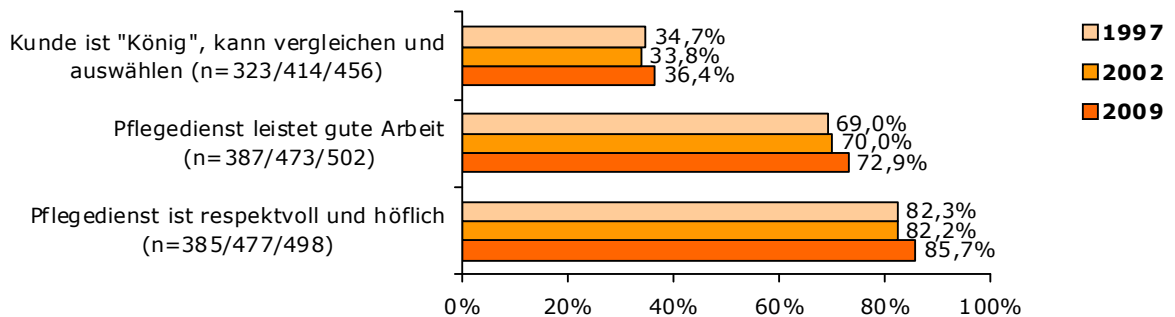
<sup>51</sup> Signifikanzniveau „Verfahren in Ordnung“: p<=0,01

**Abb. 33: Beurteilung der vorgeschriebenen Pflichtberatung durch Pflegedienste**  
(Geldleistungsempfänger, bei denen Pflichtberatung stattgefunden hat; Zustimmung in Prozent)<sup>52</sup>

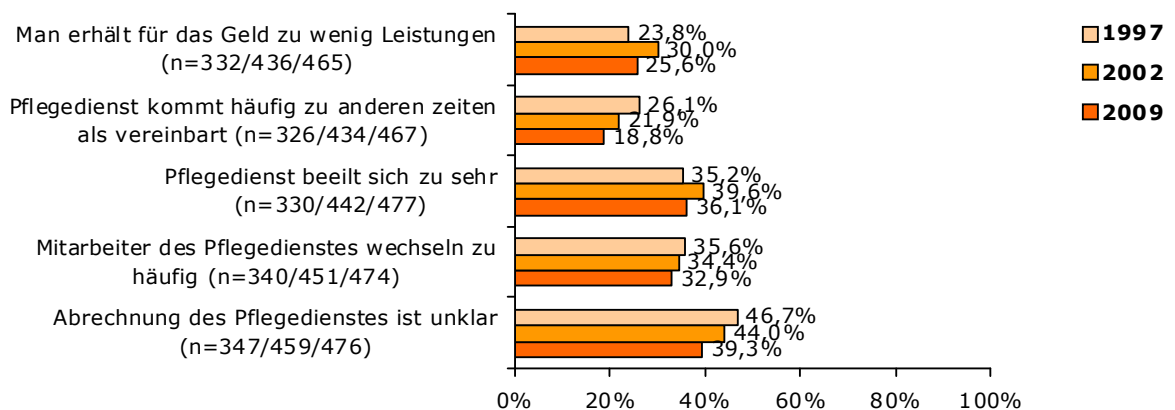


Auch bei den Erfahrungen mit den Pflegediensten zeigt sich ein leicht positiver Trend. Es gibt weniger Personen, die angeben, dass der Pflegedienst zu anderen Zeiten kommt als vereinbart. Ansonsten bleibt die Bewertung bemerkenswert stabil und insgesamt positiv. Siehe hierzu die folgenden Abbildungen:

**Abb. 34: Erfahrungen mit Pflegediensten I**  
(Zustimmung in Prozent)<sup>53</sup>



**Abb. 35: Erfahrungen mit Pflegediensten II**  
(Zustimmung in Prozent)<sup>54</sup>



<sup>52</sup> Signifikanzniveau „Überredet zum Pflegedienst“: n.s.; Signifikanzniveau „Vermittelt ein Gefühl der Kontrolle“:  $p <= 0,05$ ; Signifikanzniveau „Hat uns weiter gebracht“: n.s.; Signifikanzniveau „Gibt gute Tipps“:  $p <= 0,01$

<sup>53</sup> Signifikanzniveau „Kunde ist König“:  $p <= 0,05$ ; Signifikanzniveau „Gute Arbeit“: n.s.; Signifikanzniveau „Respektvoll und höflich“: n.s.

### **Trend 15: Es sind heute nicht mehr Pflegedienste an der häuslichen Pflege beteiligt als mit Beginn der Pflegeversicherung.**

Ein überraschendes Ergebnis ist, dass heute in der häuslichen Pflege nicht mehr Pflegedienste beteiligt sind, als zu Beginn der Pflegeversicherung. Wie die folgende Tabelle verdeutlicht, liegt der Anteil an Pflegehaushalten, die Pflegedienste beteiligen, konstant bei rund zwei Drittel.

**Tab. 19: An der Pflege beteiligte Pflegedienste**  
(Angaben in Prozent)<sup>55</sup>

	1997 (n=1113)	2002 (n=1314)	2009 (n=1266)
Pflegedienstbeteiligung (mind. 1 Aufgabe)			
• Ja	34,4	31,9	31,4
• Nein	65,6	68,1	68,6
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu der Entwicklung der Inanspruchnahme von Pflegediensten im Rahmen der Sachleistungswahl der Pflegeversicherung. Hier zeigt sich im Vergleich ein deutlich geringerer Anteil an Sachleistungswählern zu Beginn der Pflegeversicherung und ein deutlicher Anstieg vor allem bis zum Jahr 2002. Siehe hierzu die folgende Tabelle:

**Tab. 20: Leistungsart**  
(Angaben in Prozent)<sup>56</sup>

	1997 (n=1042)	2002 (n=1219)	2009 (n=1205)
Leistungsart			
• Sachleistung	9,1	11,3	12,5
• Pflegegeld	77,8	71,8	70,0
• Kombinationsleistung	13,1	16,9	17,5
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Die Differenz dieser Ergebnisse erklärt sich damit, dass bei Einführung der Pflegeversicherung ein beachtlicher Anteil der Geldleistungswähler, die vor SGB XI mit der Pflege begonnen hatten, bereits Pflegedienstleistungen nach SGB V in Form der medizinischen Behandlungspflege erhielten. Mit SGB XI wurde ein Teil dieser Pflegeleistungen über die Sachleistungswahl mit abgedeckt, so dass der Anteil an Geldleistungswählern, die zusätzlich Pflegedienste im Rahmen von SGB V erhalten, vor allem in den ersten Jahren der Versicherung

<sup>54</sup> Signifikanzniveau „Zu wenig Leistungen“: n.s.; Signifikanzniveau „Kommt zu anderen Zeiten“:  $p \leq 0,05$ ; Signifikanzniveau „Beieilt sich zu sehr“: n.s.; Signifikanzniveau „Mitarbeiter wechseln zu häufig“: n.s.; Signifikanzniveau „Abrechnung unklar“: n.s.

<sup>55</sup> Signifikanzniveau „Pflegedienstbeteiligung“: n.s.

deutlich zurückgeht und andererseits der Anteil an Sachleistungswähler deutlich zunimmt. Damit erklärt sich auch, warum der Anstieg der Sachleistungswähler in den letzten Jahren deutlich geringer ausgefallen ist. Neben diesem auf der rechtlichen Neuordnung beruhenden Effekt für die Entwicklung der Pflegedienstbeteiligung bzw. Sachleistungswahl gibt es weitere Einflussfaktoren.

Ein wichtiger Faktor für die Entwicklung der Leistungsarten ist die Pflegestufe. Wie die folgende Tabelle verdeutlicht, führt eine höhere Pflegestufe auch zu einer verstärkten Nachfrage nach Pflegediensten. Der Trend zu einem höheren Anteil an Pflegebedürftigen mit Stufe I bedeutet entsprechend einen geringeren Anteil an Sach- und Kombinationsleistungswählern.

**Tab. 21: Pflegestufe nach Leistungsart**  
(Einzelberechnung 2009; Angaben in Prozent)<sup>57</sup>

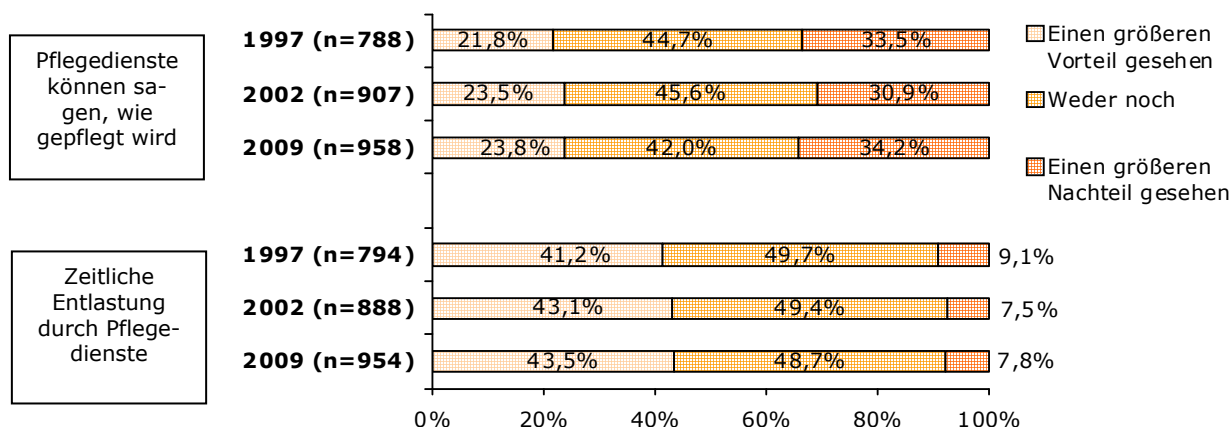
Leistungsart	Pflegestufe I (n=732)	Pflegestufe II (n=357)	Pflegestufe III (n=108)
• Sachleistung	12,4	11,5	15,7
• Pflegegeld	73,9	66,1	58,3
• Kombinationsleistung	13,7	22,4	26,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allerdings bedeutet eine niedrige Pflegestufe auch mehr Selbstständigkeit. Die in den Trends skizzierte größere Unabhängigkeit von Angehörigen und die Zunahme der Pflege in der eigenen Wohnung des Pflegebedürftigen führt zu einer Zunahme der Inanspruchnahme von Pflegediensten, so dass der Effekt der niedrigen Pflegestufen für die Leistungswahl weniger zum Tragen kommt.

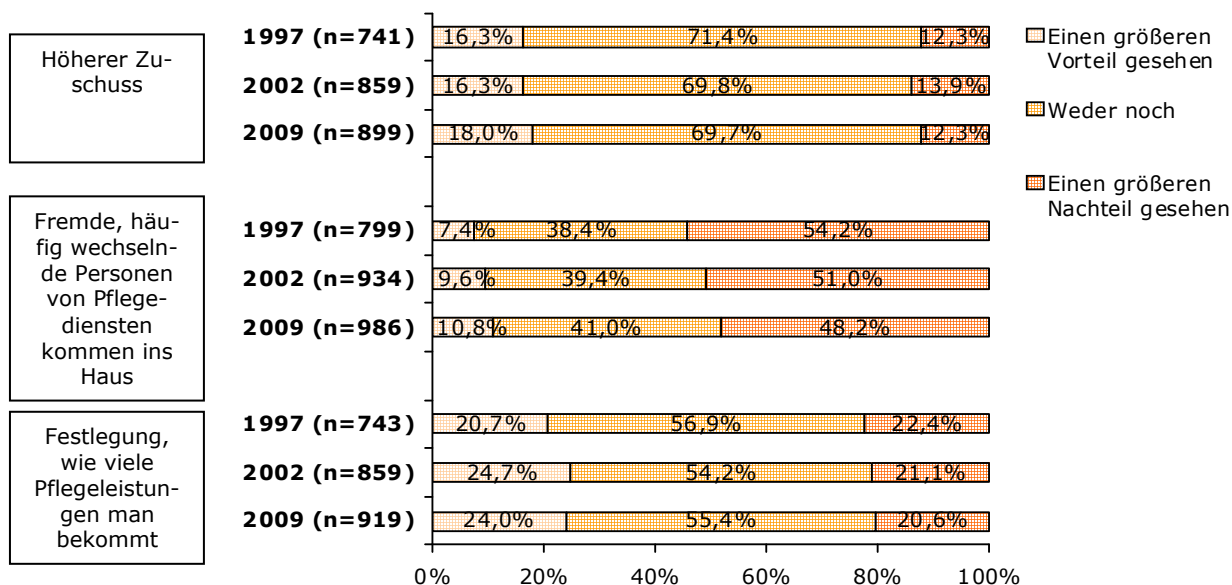
Ein wichtiger Aspekt für die Entwicklung der Leistungsarten ist auch, dass außer dem bereits vorgestellten Entscheidungskriterium der größeren Unabhängigkeit von Angehörigen bei der Wahl von Pflegediensten keine wesentliche Änderungen bei der Bewertung gegenüber 1997 eingetreten sind. Kriterien wie die zeitliche Entlastung durch Pflegedienste oder die fachliche Anleitung werden konstant mit rund 43% bzw. rund 23% positiv bewertet und bestätigen damit die bereits vorgestellte Konstanz bei den Pflegewertmustern. Siehe hierzu die folgenden Abbildungen:

<sup>56</sup> Signifikanzniveau „Leistungsart“:  $p <= 0,001$

**Abb. 36: Entscheidungskriterien für die Inanspruchnahme von Sachleistungen I**  
(Angaben in Prozent)<sup>58</sup>



**Abb. 37: Entscheidungskriterien für die Inanspruchnahme von Sachleistungen II**  
(Angaben in Prozent)<sup>59</sup>



Für die Wahl der Leistungsart ergeben sich somit sich gegenseitig neutralisierende Effekte: geringere Pflegestufe, aber mehr Pflege in der eigenen Wohnung mit Pflegediensten, höherer Anteil an Rentnern und Ehepartnern als Pflegeperson, aber mehr erwerbstätige Pflegepersonen mit Pflegediensten. Insgesamt führen diese sich neutralisierenden Effekten dazu, dass sich insgesamt kein deutlicher Anstieg der Sachleistungswähler in den letzten 5 Jahren ergeben hat.

<sup>57</sup> Signifikanzniveau „Pflegestufe nach Leistungsart“:  $p \leq 0,01$

<sup>58</sup> Signifikanzniveau „Zeitliche Entlastung durch Pflegedienste“: n.s.; Signifikanzniveau „Pflegedienste können sagen, wie gepflegt wird“: n.s.

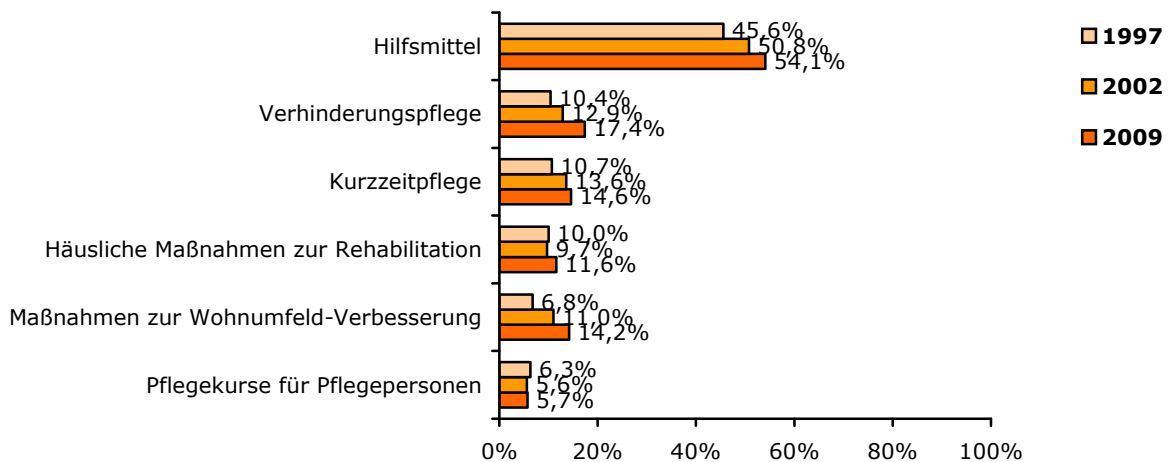
<sup>59</sup> Signifikanzniveau „Festlegung, wie viele Pflegeleistungen man bekommt“: n.s.; Signifikanzniveau „Fremde, häufig wechselnde Personen von Pflegediensten kommen ins Haus“:  $p \leq 0,05$ ; Signifikanzniveau „Höherer Zuschuss“: n.s.



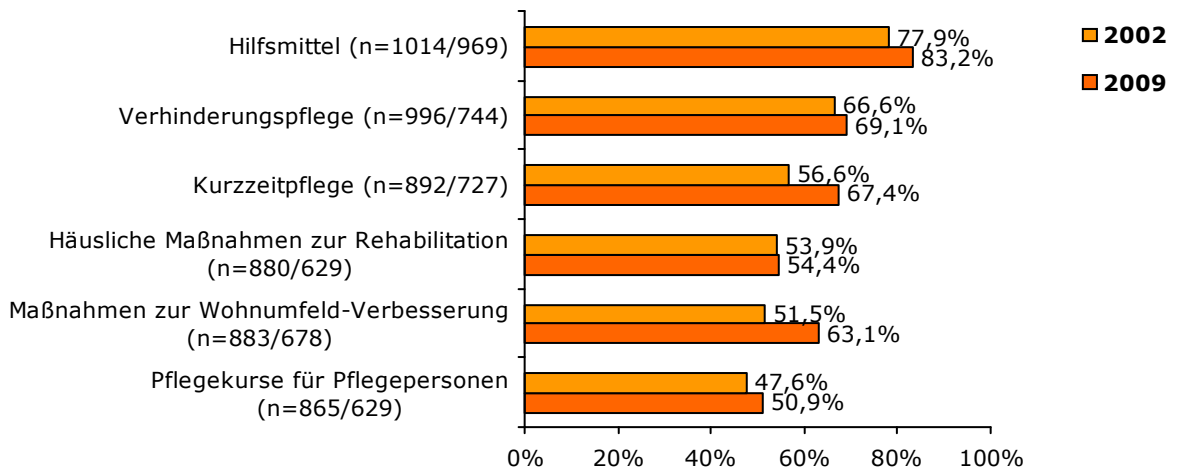
### Trend 16: Die Inanspruchnahme bei den ergänzenden Leistungen nimmt zu.

Es zeigt sich ein klarer Trend, dass immer mehr Pflegehaushalte die Zusatzleistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Dies zeigt sich sowohl bei den Hilfsmitteln und den Wohnraumanpassungsmaßnahmen als auch bei der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege. Nur die Inanspruchnahme von Pflegekursen und häuslichen Maßnahmen zur Rehabilitation verharren auf niedrigem Niveau:

**Abb. 38: Bewilligung zusätzlicher Leistungsangebote der Pflegeversicherung**  
(n=1113/1314/1266; Angaben in Prozent)<sup>60</sup>



**Abb. 39: Beurteilung zusätzlicher Leistungsangebote der Pflegeversicherung**  
(Angaben „Große Erleichterung“ in Prozent)<sup>61</sup>



<sup>60</sup> Signifikanzniveau „Hilfsmittel“:  $p <= 0,001$ ; Signifikanzniveau „Verhinderungspflege“:  $p <= 0,001$ ; Signifikanzniveau „Kurzzeitpflege“:  $p <= 0,01$ ; Signifikanzniveau „Häusliche Maßnahmen zur Rehabilitation“: n.s.; Signifikanzniveau „Maßnahmen zur Wohnumfeld-Verbesserung“:  $p <= 0,001$ ; Signifikanzniveau „Pflegekurse für Pflegepersonen“: n.s.

<sup>61</sup> Die Frage nach der Beurteilung zusätzlicher Leistungsangebote der Pflegeversicherung wurde 1997 noch nicht gestellt, so dass hier lediglich die Befragungen 2002 und 2009 verglichen werden. Signifikanzniveau „Hilfsmittel“:  $p <= 0,05$ ; Signifikanzniveau „Verhinderungspflege“: n.s.; Signifikanzniveau „Kurzzeitpflege“:  $p <= 0,001$ ; Signifikanzniveau „Häusliche Maßnahmen zur Rehabilitation“: n.s.; Signifikanzniveau „Maßnahmen zur Wohnumfeld-Verbesserung“:  $p <= 0,001$ ; Signifikanzniveau „Pflegekurse für Pflegepersonen“: n.s.

## **6. Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes**

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das seit Juli 2008 gültig ist, bietet auch für den häuslichen Pflegebereich einige Verbesserungen im Leistungsrahmen. Zu nennen sind hier insbesondere die Erhöhung der Geld- und Sachleistungen, die Einführung eines Grundbetrags für pflegebedürftige Personen mit einem allgemeinen Betreuungsaufwand (Pflegestufe 0), die Verbesserung des Angebots der teilstationären Pflege und die Möglichkeit, sich als Erwerbstätiger bis zu sechs Monate von der Arbeit freistellen zu lassen (Pflegezeit für Erwerbstätige). Hinzu kommt die Einrichtung von Pflegestützpunkten, die allerdings erst in diesem Jahr eingerichtet werden, und deshalb nicht Gegenstand dieser Befragung gewesen sind, sowie die Möglichkeit, sich kurzfristig von der Erwerbstätigkeit zur Organisation der Pflege bei Eintritt eines Pflegefalls für max. 10 Tage freistellen zu lassen.

Anhand der bisher vorgestellten Ergebnisse ist bereits deutlich geworden, dass eine besondere Auswirkung dieser Regelungen auf die Trends nicht erkennbar ist. Dies schließt nicht aus, dass das neue Gesetz dazu beigetragen hat, bestimmte Trends abzuschwächen bzw. zu stabilisieren.

Im Folgenden werden zu den neuen Leistungsangeboten Pflegezeit für Erwerbstätige und Kurzfristige Freistellung sowie für die Verbesserung der Leistungen bei der teilstationären Pflege erste Detailanalysen zu ihren Auswirkungen vorgestellt. Für die neue Regelung der Pflegestufe 0 können keine vertiefenden Analysen vorgenommen werden, weil sich insgesamt nur rund 1% der Befragten dieser Pflegestufe zugeordnet haben.

### **6.1. Wirkung der Regelung Pflegezeit für Erwerbstätige**

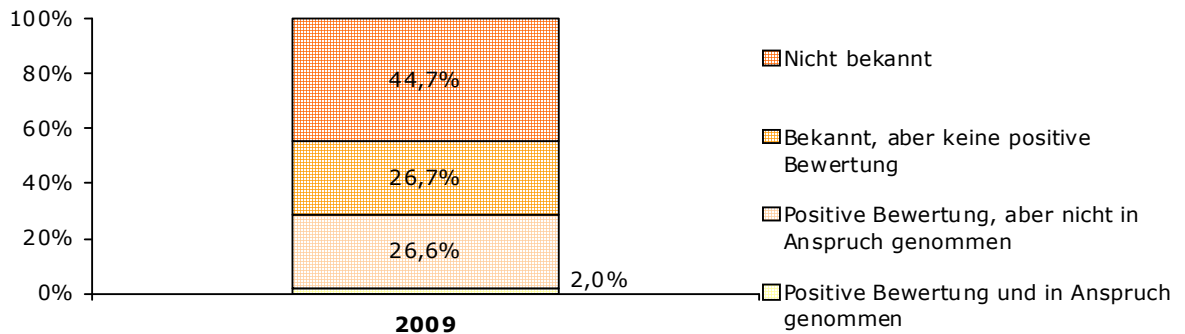
Die Wirksamkeit einer rechtlichen Regelung lässt sich an drei zentralen handlungstheoretischen Dimensionen feststellen: a) die Kenntnis der Regelung, b) die Akzeptanz bzw. Wertung der Nützlichkeit der Regelung und c) das Verhalten zur Regelung<sup>62</sup>. Für die Pflegezeit zeigt sich folgendes Ergebnis:

---

<sup>62</sup> Vgl. hierzu Giese, R. und Wiegel, D. (2000): Die häusliche Pflege und die Wirksamkeit von SGB XI – Gesetzliche Qualitätssicherung aus der Perspektive der Pflegehaushalte, in Zeitschrift für Sozialreform, Heft 12.

**Abb. 40: Pflegezeit für Erwerbstätige**

(Pflegepersonen unter 65 Jahren; Einzelberechnung 2009 n=542; Angaben in Prozent)



Wie die Grafik verdeutlicht, gibt es einen großen Anteil von 45% der Pflegehaushalte mit Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter unter 65 Jahren, die angeben, dass sie die Regelung nicht kennen. Dieser Anteil liegt deutlich über den Anteilen anderer spezieller Leistungsangebote von SGB XI wie z.B. der Verhinderungspflege (25% unbekannt) oder den Hilfsmitteln (10% unbekannt) und macht deutlich, dass es sich hier um eine neue Regelung handelt, die sich erst herumsprechen muss. Allerdings ist darunter ein sehr großer Anteil (rund zwei Drittel der Pflegehaushalte), bei denen die Pflegeperson nicht erwerbstätig bzw. nur stundenweise erwerbstätig ist, so dass davon auszugehen ist, dass es bei diesen Personen auch kein besonderes Interesse an dieser Regelung gibt. Am besten bekannt ist die neue Regelung bei den Teilzeiterwerbstätigen (siehe Tabelle 21).

Gut ein Viertel der Pflegehaushalte kennt zwar die neue Regelung, sieht darin aber keinen positiven Nutzen. Auch hierunter befindet sich ein großer Anteil von 53%, der nicht erwerbstätig ist. Aber auch von den Vollzeiterwerbstätigen sehen 16% keine Erleichterung und 19% nur teilweise, bei den Teilzeitbeschäftigten sind es 11% und 19%. D.h., es gibt einen relativ großen Anteil an Pflegehaushalten, den die Regelung wegen Unkenntnis oder mangelnder Akzeptanz bisher nicht erreicht hat. Siehe hierzu die folgende Tabelle:

**Tab. 22: Kenntnis und Bewertung der Pflegezeit für Erwerbstätige nach Erwerbstätigkeit seit Pflegeübernahme**(Pflegepersonen unter 65 Jahren; Einzelberechnung 2009; Angaben in Prozent)<sup>63</sup>

Pflegezeit für Erwerbstätige	Nicht berufstätig (n=196)	Stundenweise berufstätig (n=57)	Teilzeit berufstätig (n=89)	Vollzeit berufstätig (n=75)
• Sagt mir nichts	50,5	49,1	30,4	42,6
• Keine Erleichterung	16,3	7,0	11,2	16,0
• Teils/teils	8,7	8,8	19,1	18,7
• Große Erleichterung	24,5	35,1	39,3	22,7
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

<sup>63</sup> Signifikanzniveau „Kenntnis und Bewertung der Pflegezeit für Erwerbstätige nach Erwerbstätigkeit“:  $p < 0,01$

Rund ein Viertel bewertet die neue Regelung positiv. Von den Vollzeitbeschäftigten sehen letztlich nur 22% in der Regelung eine Erleichterung, bei den Teilzeitbeschäftigten sind es immerhin 39%. Da die Gruppe der Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigten unter den Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter sowieso die kleinere Gruppe darstellt (rund 40%), ergibt sich hier zum jetzigen Zeitpunkt unter den Teil- und Vollzeitbeschäftigten ein relativ kleiner Interessentenkreis.

Wie die Abbildung 40 weiterhin verdeutlicht, ergibt sich ein sehr kleiner Anteil an Personen, die bereits die Pflegezeit in Anspruch nehmen. Es gibt allerdings einen etwas größeren Anteil an Pflegehaushalten mit Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter (15%), die angeben, dass diese Regelung ihre Entscheidung für eine Pflegeübernahme bzw. -umorganisation beeinflusst hat. D.h., es ist davon auszugehen, dass die neue Regelung bei einigen durchaus die Entscheidung für die Pflege oder ein spezielles Pflegearrangement mit beeinflusst, die tatsächliche Inanspruchnahme aber erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass von einem Ansturm auf die neue Regelung nicht gesprochen werden kann. Dies hat mehrere Ursachen: Zum einen, weil auch unter den Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter gut 45% nicht erwerbstätig sind. Von allen Pflegepersonen liegt der Anteil an erwerbstätigen Pflegenden bei knapp einem Drittel. D.h., die große Mehrheit der Pflegenden betrifft diese Regelung nicht. Zum zweiten, weil die Regelung noch nicht allen bekannt ist und zum dritten, weil rund ein Viertel darin keine Vorteile sieht. Dieses Ergebnis ist insofern nicht überraschend, weil eine sechsmonatige Pflegezeit bei der zum Teil sehr langen Pflegedauer in vielen Haushalten nur begrenzt für bestimmte Pflegekonstellationen oder zur zwischenzeitlichen Entlastung der Pflegeperson Hilfestellung geben kann.

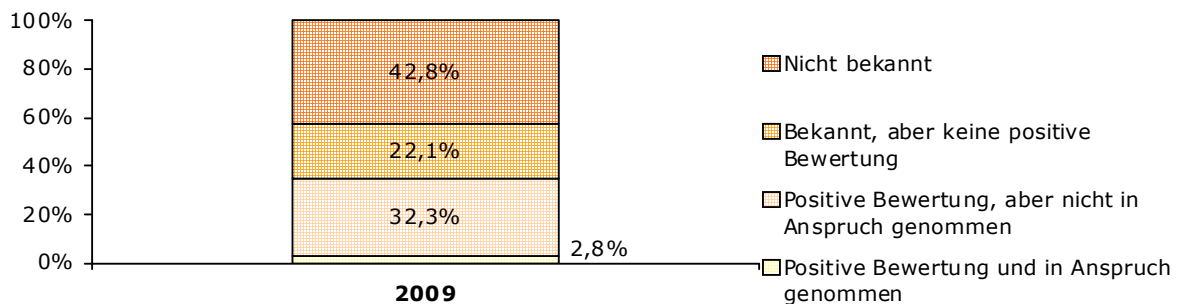
Ein besonderer Anreizeffekt, dass auf Grund dieser Regelung wieder mehr erwerbstätige Angehörige die Pflege übernehmen, ist nicht erkennbar. Dies wurde bereits bei der Vorstellung der Trends zur Erwerbstätigkeit deutlich, zeigt sich aber auch daran, dass beim Großteil der Pflegehaushalte, die die Leistung in Anspruch nehmen, bereits längere Jahre gepflegt wird. Die Regelung könnte den Rückzug der Kinder aus der Pflege aufhalten bzw. verlangsamen, aber eine Trendwende scheint damit nicht möglich zu sein.

Wenn sich das Eintrittsalter der Pflegebedürftigkeit weiter nach hinten verschiebt, dann scheint sozialpolitisch eine andere Option interessanter zu werden, um Anreize für Angehörige zu schaffen: die Verbindung der Pflegeübernahme mit der Frühverrentung (z.B. ab 55 Jahren).

## 6.2. Kurzfristige Freistellung

Bei der neuen Regelung Kurzfristige Freistellung, die es den Angehörigen ermöglicht sich bis zu 10 Tage für die Pflegeorganisation von der Erwerbstätigkeit freistellen zu lassen, zeigt sich ein ähnliches Bild:

**Abb. 41: Kurzfristige Freistellung von der Arbeit zur Pflegeorganisation**  
(Pflegepersonen unter 65 Jahren; Einzelberechnung 2009; n=547; Angaben in Prozent)



Es gibt wiederum einen sehr hohen Anteil an Pflegehaushalten, die die neue Regelung nicht kennen. Auch hier sind bei rund der Hälfte dieser Gruppe der Uninformierten die Pflegepersonen nicht erwerbstätig und über die Hälfte der Pflegehaushalte, die keine Erleichterung sehen, sind Haushalte, in denen die Pflegeperson ebenfalls nicht erwerbstätig ist.

Eine positive Bewertung äußern insgesamt 35%. Bei den Vollzeit-erwerbstätigen sind es 31%, bei den Teilzeiterwerbstätigen und stundenweise Tätigen 44% bzw. 41%. Ein signifikanter Zusammenhang wird nicht angezeigt.

Da diese Regelung vor allem für Neueinsteiger attraktiv ist, bleibt hier abzuwarten, wie sich das Meinungsbild und die konkrete Inanspruchnahme darstellt, wenn mehr Pflegepersonen neu in die häusliche Pflege eingetreten sind, als es zum jetzigen Zeitpunkt der Fall ist. Es ist allerdings auch hier zu beachten, dass immerhin 45% bereits im Rentenalter sind und auch unter den Personen im erwerbsfähigen Alter ein Großteil nicht erwerbstätig ist, so dass viele von dieser Regelung keinen Nutzen haben.

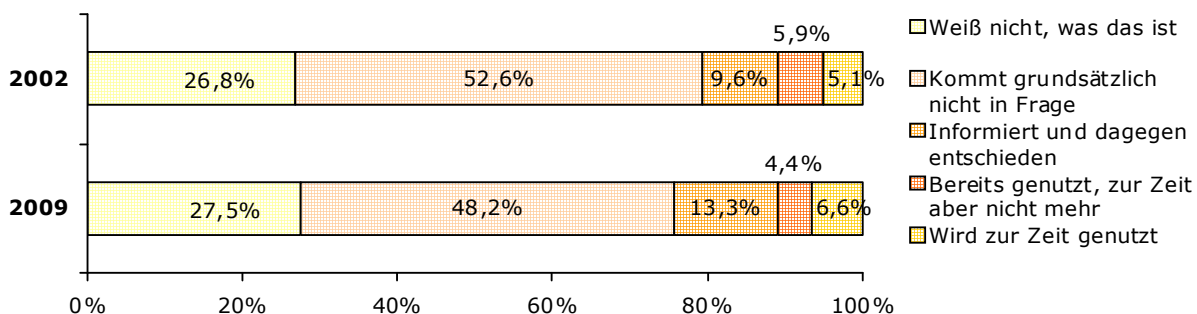
## 6.3. Teilstationäre Pflege

Für die teilstationäre Pflege liegen hinsichtlich der Inanspruchnahme auch Daten der Pflegeversicherungsstatistik vor. Es ist bekannt, dass der Anteil bei rund 1-2 % liegt, wenn man von den 1,45 Millionen ambulant Versorgten ausgeht. In dieser Befragung und in der Befragung 2002 liegt der Anteil mit 6,6% bzw. 5,1% deutlich höher.

Für die teilstationäre Pflege wurden bereits 2002 detaillierter Daten erhoben, so dass ein unmittelbarer Vergleich mit 2009 möglich ist. Es zeigen sich folgende Ergebnisse:

**Abb. 42: Situationsdefinition zur Inanspruchnahme der teilstationären Pflege**

(n=1023/976; Angaben in Prozent)<sup>64</sup>

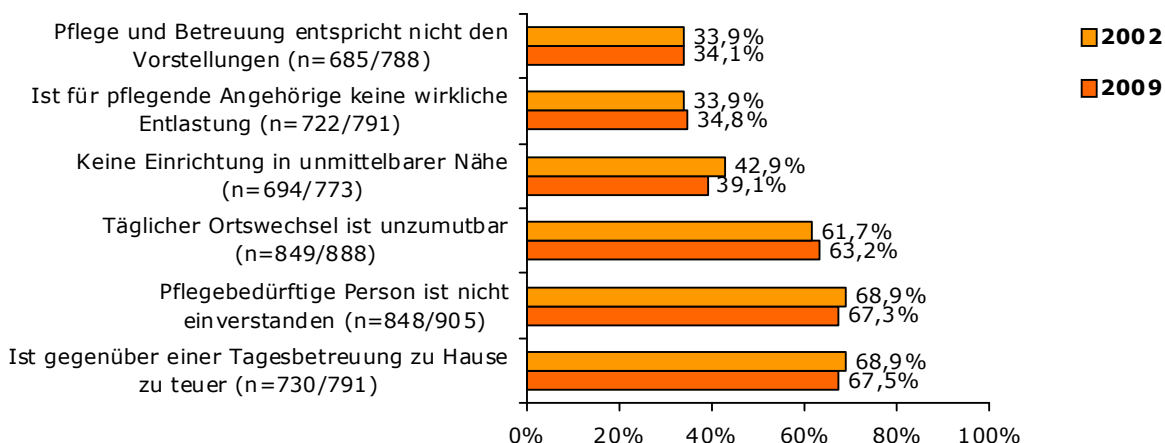


Wie die Abbildung verdeutlicht zeigen sich keine gravierenden Veränderungen. Der Anteil an Nutzern ist von 5,1% auf 6,6% leicht angestiegen, ein statistisch signifikanter Zusammenhang wird aber nicht angezeigt.

Betrachtet man die Bewertung der teilstationären Pflege im Zeitvergleich, dann zeigen sich trotz der Novellierung des Leistungsangebots im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes von 2008 keine nennenswerte Unterschiede. Siehe hierzu die folgende Abbildung:

**Abb. 43: Einwände gegen die teilstationäre Pflege**

(Zustimmung in Prozent)<sup>65</sup>

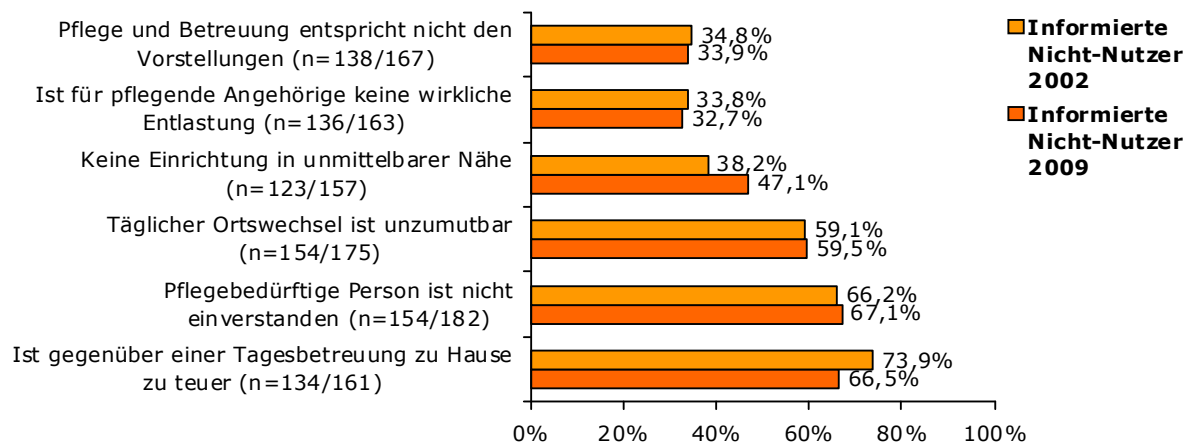


Die informierten Nicht-Nutzer haben 2009 in etwa die gleichen Einwände wie 2002:

<sup>64</sup> Items wurden 1997 noch nicht abgefragt; Signifikanzniveau „Inanspruchnahme teilstationärer Pflege“: n.s.

<sup>65</sup> Items wurden 1997 noch nicht abgefragt. Das Item „Das Angebot der Tagespflegeeinrichtung ist unzureichend, es fehlt insbesondere...“ wurde nur 2002 abgefragt. Signifikanzniveau „Entspricht nicht den Vorstellungen“: n.s.; Signifikanzniveau „Keine wirkliche Entlastung“: n.s.; Signifikanzniveau „Keine Einrichtung in der Nähe“: n.s.; Signifikanzniveau „Täglicher Wechsel unzumutbar“: n.s.; Signifikanzniveau „Pflegebedürftiger nicht einverstanden“: n.s.; Signifikanzniveau „Ist zu teuer“: n.s.

**Abb. 44: Einwände gegen die teilstationäre Pflege für informierte Nicht-Nutzer**  
(Zustimmung in Prozent)<sup>66</sup>



Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass diese drei Regelungen im Rahmen der Gesamtheit der Pflegehaushalte eher geringe Wirkungen auslösen. Es sind jeweils spezielle Gruppen, die davon profitieren, weil es ihren Interessen- bzw. Bedarfslagen entspricht. Diese eher geringen Effekte dürften auch der Grund dafür sein, dass auf der vorgestellten generellen Einstellungsebene zur Pflegeversicherung keine Trendwende zum Positiven erkennbar ist. Es muss allerdings einschränkend angemerkt werden, dass es für eine endgültige Bewertung noch zu früh ist.

## 7. Abschließende Bewertung

Blickt man noch einmal auf die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 zurück, dann gab es zu dieser Zeit eine gewisse Euphorie, dass Pflege zukünftig wieder verstärkt zu Hause mit Angehörigen stattfinden würde, und sich damit der Wunsch der meisten Pflegebedürftigen erfüllen würde. Dies ließ sich an den damaligen empirischen Daten u.a. daran festmachen, dass es nicht nur einen sehr hohen Anteil an Geldleistungsempfängern von über 85% gegeben hat, der in keinem anderen Jahr wieder erreicht wurde, sondern auch daran, dass etliche Angehörige Pflegebedürftige wieder aus den Heimen geholt hatten, um sie zu Hause zu pflegen.

Diese Euphorie hat allerdings nur kurz gehalten und bereits zwei Jahre später zeichnete sich ab, dass die Pflegeversicherung die häusliche Pflege gegenüber der stationären Pflege nicht wirklich auf einem konstanten und vergleichsweise hohen Niveau stabilisieren konnte. Seitdem hat sich nicht nur der Wert des realen Leistungsangebots bis zur Novellierung des SGB XI durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Jahr 2008 verschlechtert, sondern auch der Anteil an Personen mit positiver Einstellung zu SGB XI ist, wie in diesem

Trendbericht noch einmal sehr deutlich wird, stetig zurückgegangen. Dies betrifft nicht nur die Akzeptanz des bereitgestellten Leistungsvolumens, sondern auch die Einschätzung hinsichtlich der Anreizwirkung für Angehörige, Pflege zu übernehmen.

Dass die moralische Verpflichtung unter Angehörigen als wesentlicher Anreiz- und Koordinierungsmechanismus für die häusliche Pflege in einer sich individualisierenden Gesellschaft an Stellenwert verlieren würde, war bereits vor Einführung von SGB XI sichtbar geworden und hatte letztlich wesentlich mit dazu beigetragen, die Pflegeversicherung einzuführen. Insofern überrascht das Ergebnis nicht, dass der Anteil an Personen, die noch eine moralisch verpflichtende Einstellung haben, immer weiter zurückgeht und mit jeder weiteren nachwachsenden Generation unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen auch noch weiter zurückgehen wird. Die Konstruktion des SGB XI ist auch nicht auf eine Stützung zwanghafter normativer Verpflichtungsleistungen ausgelegt, sondern auf materielle Hilfen, die Anreizwirkungen, Anerkennung und Erleichterung für die Angehörigenpflege geben sollen. Die Konstruktion des SGB XI litt allerdings in dieser Hinsicht von Beginn an unter dem Dilemma, dass die Leistungen nicht bedarfsdeckend, sondern als Zuschuss und (bis 2008) ohne inflationäre Anpassungsdynamik geregelt worden sind, so dass sich eine Anreizwirkung nur bedingt entfalten konnte. D.h., die Motivation, Pflege zu übernehmen, muss bei den Menschen schon grundsätzlich da sein, damit ein zuschussorientierter Anreizmechanismus seine volle Wirkung entfalten kann. Es werden somit neben den Haushalten, die eine moralische Verpflichtung mitbringen, noch die erreicht, für die sich als pflegende Angehörige daraus eine vorteilhafte Situation ergibt. Die Trendanalyse macht aber deutlich, dass relativ wenige Menschen hinzugekommen sind, die eine vorteilsorientierte Einstellung haben. Dies lässt den Rückschluss zu, dass für viele Angehörige unter den gegebenen privaten und rechtlichen Bedingungen mit der Übernahme der Pflege keine für sie vorteilhafte Situation erzielt werden kann.

Die Relativierung der Anreizwirkung für Angehörige hat darüber hinaus noch eine zweite systemimmanente Ursache, auf die bereits im ersten Trendbericht hingewiesen wurde. Die Rechtskonstruktion des SGB XI ist darauf angelegt, die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen zu sichern und zu fördern. Dieser Rechtsanspruch ist mit entsprechenden Leistungsoptionen hinterlegt, von denen viele Pflegebedürftige Gebrauch machen, und der im gesellschaftlichen Trend dazu führt, als Pflegebedürftiger in seiner eigenen Wohnung wohnen zu bleiben, und nicht bei Angehörigen unterzukommen. Der Wunsch in der eigenen Wohnung gepflegt zu werden, war von Beginn an für die große Mehrheit der Pflegebedürftigen ein zentrales Anliegen, an dem sich bis heute nichts geändert hat. Menschen, die pflegebedürftig werden, sind größtenteils ältere Menschen (rund 50% über 80 Jahre), und das Interesse, seine vertraute Umgebung in diesem hohen

---

<sup>66</sup> Signifikanzniveau „Entspricht nicht den Vorstellungen“: n.s.; Signifikanzniveau „Keine wirkliche Entlastung“: n.s.; Signifikanzniveau „Keine Einrichtung in der Nähe“: n.s.; Signifikanzniveau „Täglicher Wechsel unzumutbar“: n.s.; Signifikanzniveau „Pflegebedürftiger nicht einverstanden“: n.s.; Signifikanzniveau „Ist zu teuer“: n.s.



Alter aufzugeben, ist in der Regel sehr gering. Angehörige respektieren diesen Wunsch und bestehen nicht darauf, dass der Pflegebedürftige zu ihnen kommt. Die Trendanalyse macht deutlich, dass vor allem die eigenen Kinder und Schwiegerkinder, die den Pflegebedürftigen in einer Mietwohnung aufnehmen müssten, immer seltener Pflege leisten. Die Zuschüsse der Pflegeversicherung reichen aus, um bei einer verhältnismäßig "leichten" Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe I, gesetzlich definiert als "erheblich pflegebedürftig") auch allein zu Hause mit Unterstützung des Pflegedienstes weiterwohnen zu können, wenn eine entsprechende zusätzliche Unterstützung durch Freunde, in der Nähe wohnende Angehörige etc. gegeben ist. Dies unterstützt den starken Anstieg der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I im ambulanten Bereich, während ab Pflegestufe II ein Rückgang zu verzeichnen ist, der sich in einem entsprechenden Anstieg in der stationären Pflege ausdrückt. Die im Durchschnitt verbesserte materielle Situation der heutigen Rentnergeneration gegenüber den Vorgängern ist eine zusätzliche Stütze für das Weiterleben mit Pflegebedürftigkeit in der eigenen Wohnung oder in einer pflegegerechteren Wohnung im vertrauten Ort. Von einer Verarmung der Pflegehaushalte kann nicht gesprochen werden. Zu beachten ist allerdings, dass die gegenüber 1997 stagnierenden bzw. nur leicht angestiegenen Reallöhne und Renten die finanzielle Gesamtsituation auch nicht verbessert haben, so dass die Bereitschaft, selbst mehr für die häusliche Pflege aufzuwenden, auch nicht gegeben ist.

Von einer tendenziell steigenden Verweigerungshaltung der Angehörigen oder einer deutlichen Zunahme von Pflegebedürftigen, die keine Angehörigen haben, so dass sich die Pflegebedürftigen gezwungen sehen, in der eigenen Wohnung bleiben zu müssen, kann dagegen – zumindest für den ambulanten Sektor – nicht die Rede sein. Wie die Trendergebnisse zeigen, liegen die Angehörigenrestriktionen (siehe Abbildung 4) auf einem konstant stabilen Niveau in einer Größenordnung von 25% insgesamt. Dass es zur Zeit im ambulanten Bereich noch keinen starken Anstieg von Pflegebedürftigen gibt, die keine Angehörigen mehr haben, dürfte auch darauf zurückzuführen sein – soweit nicht eine stationäre Pflege notwendig ist –, dass zur Zeit bei den Kindern der pflegebedürftigen Personen die geburtenstarken Jahrgänge in Deutschland hauptpflegerisch tätig sind. Mit einem starken Anwachsen der Angehörigenrestriktionen muss deshalb erst gerechnet werden, wenn die nach 1965 Geborenen verstärkt Pflegeaufgaben übernehmen müssen. Dies wird erst in 5-10 Jahren der Fall sein.

Bisher war man davon ausgegangen, dass die Pflege durch Angehörige zukünftig auch wesentlich davon bestimmt sein wird, inwieweit die Pflegepersonen Erwerbstätigkeit und Pflege vereinbaren können. Die Trendanalyse macht deutlich, dass es zu einer Zunahme erwerbstätiger Pflegepersonen kommt. Ein entscheidender Faktor ist dabei, dass heute deutlich mehr Pflegepersonen vor Pflegebeginn erwerbstätig sind als 1997. Dies betrifft im wesentlichen die Frauen, die nach wie vor den Hauptanteil an Pflegepersonen stellen. Diese

Entwicklung dürfte darauf zurückzuführen sein, dass zunehmend eine Generation von Frauen pflegt, die nicht mehr die traditionelle Hausfrauenrolle ausgefüllt hat. Ein zweiter wichtiger Faktor für die Zunahme erwerbstätiger Pflegepersonen ist darin zu sehen, dass heute - gegenüber 1997 - deutlich weniger Pflegepersonen mit der Übernahme der Pflege ihre Erwerbstätigkeit aufgeben. Es lässt sich allerdings nicht genau klären, ob diese Zunahme darauf beruht, dass die Pflegepersonen heute häufiger arbeiten müssen, damit ausreichend Haushaltseinkommen zur Verfügung steht, ob die heutigen erwerbstätigen Frauen von ihrem kulturellen Selbstverständnis her lieber arbeiten möchten, oder ob immer mehr Pflegepersonen die gesetzlichen Regelungen so bewerten, dass eine Vereinbarung von Pflege und Erwerbstätigkeit gut möglich ist. Hinsichtlich der Bedeutung des gesetzlichen Faktors ist insofern eine gewisse Skepsis angebracht, weil die Belastungssituationen in den Pflegehaushalten heute nicht wesentlich niedriger bewertet werden als 1997. Es wird aber deutlich, dass das SGB XI mit Hilfe seiner Sachleistungsangebote einen Beitrag dazu leistet, dass auch ein größerer Anteil von Erwerbstätigen heute Pflege leistet. Es zeigt sich jedoch nicht, dass sich für Erwerbstätige ein besonderes Leistungsprofil des SGB XI herausgebildet hat, das so attraktiv ist, dass es die meisten Erwerbstätigen nutzen und damit die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ermöglicht. Stattdessen dominieren auch hier individuelle Einstellungen und die konkrete Pflege- und Haushaltssituation die Wahl der Leistungen. Hinzu kommt die konkrete Erwerbssituation und die damit gegebenen Optionen, flexibel arbeiten zu können, auf die das SGB XI keinen Einfluss hat. Für eine abschließende Bewertung der neuen Regelung zur sechsmonatigen Pflegeauszeit für Erwerbstätige ist es noch zu früh; es zeichnet sich aber ab, dass sie im Einzelfall eine wichtige Hilfestellung und auch ein zusätzlicher Anreiz für die Pflegeübernahme sein kann, und damit auch die Angehörigenpflege stützt, aber keine umfassende Wirkung in dem Sinne erzielt, dass erwerbstätige Angehörige verstärkt in die Pflege einsteigen.

In diesem Kontext spielt ein anderer Trendfaktor eine wichtige Rolle: die Zunahme des Eintrittsalters der Pflegepersonen in die Pflege. Wenn die Menschen immer älter werden, verschiebt sich auch das Eintrittsalter der Pflegebedürftigen und damit auch das Alter der Pflegepersonen. In sozialpolitischer Hinsicht ist dabei bedeutsam, dass immer mehr Menschen erst im Rentenalter die Pflege übernehmen. Rund 40% der Pflegenden haben heute bereits das Rentenalter erreicht. Weitere rund 28% der Pflegenden sind zwischen 55 und 64 Jahren alt, wenn man die Pflege von pflegebedürftigen Kindern und Jungerwachsenen unter 30 Jahren durch die Eltern nicht berücksichtigt.

Der Kreis der erwerbstätigen Pflegepersonen wird deshalb nicht stetig wachsen, sondern dieser Anstieg relativiert sich durch die Zunahme an Pflegepersonen, die bereits das Rentenalter erreicht haben.

Ein weiteres auffälliges Ergebnis des gesellschaftlichen Pflegetrends ist, dass sich die Inanspruchnahme von Sachleistungen gegenüber den ersten Jahren der Pflegeversicherung in ihrer Zunahme deutlich abgeschwächt hat, und dass insgesamt heute nicht mehr Pflegedienste an der häuslichen Pflege beteiligt sind als zu Beginn der Pflegeversicherung. Wie auch die offizielle Statistik verdeutlicht, lag der Rückgang der Geldleistungsempfänger zwischen 1997 und 2002 bei rund 5 Prozentpunkten, während er zwischen 2002 und 2008 nur bei 2 Prozentpunkten liegt. Wie die Trendanalyse deutlich macht, kann dies nicht auf die Arbeit der Pflegedienste zurückgeführt werden. Hier ergibt sich im Zeitverlauf der letzten 12 Jahre insgesamt eine konstant gute Bewertung, so dass man eher damit rechnen konnte, dass nach einer anfänglichen Skepsis, Pflegedienste in Anspruch zu nehmen, diese durch die positiven Erfahrungen mit der Zeit aufgehoben wird, und es dann zu einer deutlichen weiteren Zunahme der Inanspruchnahme von Pflegediensten kommen würde. Auch die Autoren waren in ihrem letzten Trendbericht davon ausgegangen, dass mit einem prozentualen Zuwachs von einem Prozent pro Jahr an Sach- bzw. Kombinationsleistungswählern gerechnet werden kann. Real liegt der Zuwachs in den letzten Jahren aber nur bei rund 0,3% pro Jahr. Die Annahme, dass eine Zunahme der erwerbstätigen Pflegepersonen und eine Zunahme des selbstständigen Wohnens als Pflegebedürftiger auch eine Zunahme bei der Inanspruchnahme von Pflegediensten auslöst, ist durch gegenläufige Effekte relativiert worden.

Der wesentliche Erklärungsfaktor für die Differenz in der Entwicklung der ersten Jahre gegenüber den letzten Jahren ist in der Umstellung von der alten in die neue Rechtsordnung zu sehen. Bei Einführung der Pflegeversicherung hatten vergleichsweise viele Haushalte bereits Unterstützung über SGB V (Medizinische Behandlungspflege) erhalten, die dann bei im Rahmen des SGB XI neu einsteigenden Pflegehaushalten zum Teil über das Pflegedienstangebot mitabgedeckt worden sind, so dass es zu einer deutlichen Zunahme der Sachleistungswähler in den ersten Jahren kommt. Würde man diesem "Umstellungseffekt" herausrechnen, käme man für die Pflegedienstwähler für die gesamte Zeitreihe auf einen als eher gering anzusehenden Anstieg.

Ein wichtiger Grund für den geringen Anstieg ist darin zu sehen, dass mittlerweile im ambulanten Bereich der Anteil an Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I deutlich zugenommen hat, und der Anteil mit Pflegestufe II und III deutlich zurückgegangen ist. Bei verhältnismäßig "schwerer" Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe II und III, gesetzlich definiert als "schwer bzw. schwerst pflegebedürftig") wird vergleichsweise häufiger ein Pflegedienst an der Pflege beteiligt, so dass ein Rückgang dieser Pflegegruppen auch keine zusätzliche Nachfrage erzeugt.

Der wesentliche Grund für den nur geringen Anstieg der Inanspruchnahme von Pflegediensten ist aber in den Pflegevorstellungen und -bedarfen der Menschen zu suchen. Es zeigt sich eine hohe Stabilität in den pflegerischen Vorstellungswelten, und das bedeutet auch, dass ein Großteil der Pflegehaushalte zusätzliche Fackkräfte für nicht besonders wichtig

erachtet. Der Anteil an Personen, der dies als sehr wichtig ansieht, liegt konstant bei rund 40%. Auch der geäußerte fachliche Bedarf für die Unterstützung einer bereits pflegenden Person zeigt gegenüber 2002 keine signifikanten Veränderungen. Und auch auf der Ebene der Entscheidungskriterien bleibt der Anteil an Personen, die in der fachlichen Anleitung durch Pflegedienste einen Vorteil für die Wahl der Pflegedienste sehen, seit 1997 konstant bei rund 22%. Andererseits sehen aber nach wie vor rund die Hälfte der Pflegehaushalte einen Nachteil der Pflegedienste darin, dass fremde und häufiger wechselnde Personen ins Haus kommen. D.h., die privaten Pflege- und Bedarfsvorstellungen generieren aufgrund ihrer hohen Stabilität auch bei der jetzigen Pflegegeneration keine zusätzliche nennenswerte Nachfrage nach Pflegediensten.

Der Anstieg der Sachleistungswähler der letzten Jahre beruht somit im wesentlichen darauf, unabhängiger von Angehörigen zu sein bzw. Pflege verstärkt in der eigenen Wohnung des Pflegebedürftigen durchzuführen, sowie in der Zunahme der Pflegepersonen, die erwerbstätig sind.

Nicht auszuschließen ist, dass Pflegehaushalte, die privat finanzierte (ausländische) Pflegepersonen beschäftigen, ebenfalls Einfluss auf die Nachfrage nach Pflegediensten der Pflegeversicherung nehmen. Allerdings ist deren Anteil relativ konstant auf sehr niedrigem Niveau von rund 2 Prozentpunkten und es kann auch davon ausgegangen werden, dass diese Pflegehaushalte eine Rund um die Uhr Einsatzbereitschaft und Betreuung wünschen, die die Pflegedienste im Rahmen des derzeitigen Sachleistungsprogramms nicht befriedigen können. Mit dem Trend zur Pflege im eigenen Haus, über das immer mehr Pflegebedürftige verfügen, und der europarechtlichen Legalisierung ausländischer Dienstleister mit einer entsprechenden Infrastruktur an Dienstleisteragenturen in Deutschland könnte diese Pflegealternative aber zukünftig eine wichtigere Rolle spielen. Wie die Bedarfsdefinitionen der Pflegehaushalte zeigen, ist neben dem reinen Pflegebedarf, wie er über die Pflegestufen definiert wird, ein ausreichendes Bedarfspotential für Haushaltshilfen, persönliche Betreuung und Einsatzbereitschaft "Rund um die Uhr" in den Pflegehaushalten gegeben. Es zeigt sich aber auch, dass sich nach wie vor rund 40% der Pflegehaushalte die Einstellung ausländischer Hilfskräfte nicht vorstellen können, und dass ein konstant hoher Anteil von 30% finanzielle Restriktionen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Helfern oder Pflegediensten angibt, so dass für die große Mehrheit der Privathaushalte ein solches Modell zur Zeit keine reale Alternative darstellt. Das derzeitige Potential für ein solches Angebot kann schon wie 2002 bei maximal 10% gesehen werden. Hierbei handelt sich um Pflegehaushalte, die angeben, dass sie ausländische Hilfskräfte einstellen würden, wenn das Preis-Leistungsangebot stimmt.

Als ein enttäuschendes Ergebnis kann angesehen werden, dass es innerhalb von 15 Jahren Pflegeversicherung nicht gelungen ist, den Anteil an Pflegehaushalten mit Belastungen der

Pflegenden deutlich zu senken. Nach wie vor geben gut 40% der Befragten an, dass die Pflegeperson sehr belastet ist, rund ein Viertel hat kaum noch soziale Kontakte und bei rund 20% ist die Situation für den Haushalt insgesamt sehr belastend. Auch wenn die große Mehrheit angibt, dass die Pflegesituation insgesamt gesehen in Ordnung ist, können diese Ergebnisse so interpretiert werden, dass die Regelungen bzw. Leistungsangebote des SGB XI sicherlich qualitätssichernde Effekte erzielen, aber keine nachhaltigen Wirkungen bei der Entlastung erzeugen, und dass sich damit daraus auch kein Anreiz für Angehörige oder Bekannte ergibt, Pflege zu übernehmen. Wenn sich die häusliche Pflege zunehmend in Richtung Pflegestufe I verschiebt, wie es die Trendanalyse, aber auch die offizielle Statistik verdeutlicht, und die verhältnismäßig schwereren Pflegefälle zunehmend von vornherein im Heim gepflegt werden, dann dürfte diese Entwicklung auch mit diesen Ergebnissen bei den Belastungen zusammenhängen.

Die angegebenen Belastungen sind aber nicht für sich genommen der wesentliche Grund dafür, dass es eine stetig steigende Unzufriedenheit mit der Pflegeversicherung gibt. Ein wichtiger Faktor ist in diesem Zusammenhang der generationenbedingte Einstellungswandel: Von der jüngeren Generation sagen 72%, dass der Staat mit der Pflegeversicherung nicht genug getan hat, während es bei der älteren Generation (70 Jahre und älter) nur noch 42% sind. Offenbar ist die jüngere Generation weniger bereit, die gegebenen belastenden Umstände hinzunehmen. Entsprechend ist von einer zunehmenden Anspruchshaltung an die Versicherungsleistungen auszugehen, so lange sich die finanzielle Situation der Haushalte nicht so deutlich verbessert, dass selbst mehr in die Pflege investiert werden kann. Es ist bereits im letzten Trendbericht darauf hingewiesen worden, dass eine Selbstfinanzierung von Pflegediensten erst ab einem Haushaltsnettoeinkommen von 2.500 Euro deutlich zunimmt. Über ein derartiges Einkommen verfügen jedoch die meisten Pflegehaushalte nicht. Zu beachten ist dabei auch, dass ein Großteil der Pflegehaushalte Arbeiterhaushalte sind, die entsprechend über eher geringe Einkommen verfügen.

Es ergibt sich somit die Situation, dass trotz verbesserter und zusätzlicher Leistungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und auch trotz einer Zunahme der Inanspruchnahme von qualitätssichernden Leistungen wie Pflegediensten, Verhinderungspflege, Hilfsmittel oder Wohnraumanpassung, weder der Anteil an sich belastet fühlenden Pflegehaushalten zurückgeht, noch die Zufriedenheit mit der Pflegeversicherung zunimmt.

Hinsichtlich der Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes von 2008 lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt sagen, dass ein besonderer Einfluss auf die generellen Einstellungen zu SGB XI nicht erkennbar ist. Für die Regelung der Pflegezeit für Beschäftigte und die teilstationäre Pflege ist aber davon auszugehen, dass sie für diese Personengruppen stabilisieren-

de Effekte erzielen. Wegen der kurzen Zeit der Geltung dieser Regelungen ist allerdings eine abschließende Bewertung noch nicht möglich.

Für die Reform der Pflegeversicherung stand neben den im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz geregelten Verbesserungen die Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zur Disposition, die jedoch wegen ihrer Komplexität nicht in das Reformgesetz aufgenommen wurde, und zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden soll. Wesentliches Ziel der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist es, die Bedarfe der Pflegebedürftigen hinsichtlich Kommunikation, sozialer Teilhabe oder allgemeiner Betreuung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz besser als bisher zu berücksichtigen. Das neue Begutachtungsinstrument sieht ein ausdifferenzierteres Stufenmodell (5 Stufen) vor und definiert Pflegebedürftigkeit als Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, so dass sich aus dem Ausmaß der begutachteten Beeinträchtigung der Grad der Abhängigkeit von personeller Hilfe ergibt. Die Einstufung bestimmt sich somit nicht mehr vorrangig nach dem ermittelten zeitlichen Pflegeaufwand und der Häufigkeit der erforderlichen Hilfestellungen.

Die Trendanalyse hat deutlich gemacht, dass zwischen den von den Pflegehaushalten als sehr wichtig angesehenen Unterstützungsbedarfen und der Pflegeeinstufung durch den medizinischen Dienst wenig Zusammenhang besteht, so dass mit einem Pflegebedürftigkeitskonzept, das sich diesen lebensweltlich Bedarfen, z.B. hinsichtlich persönlicher Betreuung, stärker annähert, ein wichtiger Beitrag zur Unterstützung der häuslichen Pflege geleistet werden kann. Allerdings ist nach den vorliegenden Ergebnissen der von den Autoren durchgeführten Erhebungen davon auszugehen, dass zwischen den lebensweltlichen Vorstellungen zur Unterstützung eines Pflegebedürftigen und den fachpflegerisch wissenschaftlich definierten Hilfebedarfen, wie sie jetzt mit dem neuen Begutachtungssystem auf andere Art und Weise begutachtet werden sollen, eine große Kluft bleiben wird. Dazu sind die lebensweltlichen Vorstellungen, ob man beispielsweise eine pflegebedürftige Person auch mal längere Zeit alleine lassen kann, oder inwieweit dem Pflegebedürftigen mit bestimmten Aktivitäten, die er immer gerne gemacht hat, besonders geholfen wird, oder wofür man längere Zeit oder wofür weniger Zeit in die Hilfe investiert usw. einfach zu unterschiedlich. In jedem Fall sind sie zu einem großen Teil nicht an fachpflegerischen Kriterien orientiert, sondern an lebensweltlichen, die es ermöglichen das Vertraute und Liebgewordene möglichst weiterleben und erleben zu können. D.h., auch wenn mit dem neuen Pflegebedürftigkeitskonzept eine umfassendere, differenziertere und an Aktivitätsgraden orientierte Ableitung des Bedarfs und der erforderlichen Umfangs an Hilfeleistungen erfolgt, werden diese gutachterlichen Definitionen nicht deckungsgleich sein mit dem Hilfebedarf, den die Betroffenen aus ihren Einstellungen, Erfahrungen und gegebenen Umständen für sich selbst definieren. Es ist deshalb auch bei einer Reform damit zu rechnen, dass es weiterhin Unzufriedene und Widersprüche geben wird.

Ein zusätzliches Akzeptanzproblem wird von den Autoren darin gesehen, dass die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs möglichst kostenneutral erfolgen soll. Es dürfte vor dem Hintergrund der schwindenden Zufriedenheit mit der Pflegeversicherung schwer zu vermitteln sein, dass eine neue Pflegestufeneinteilung erfolgt, die stärker auf Betreuung, Kommunikation etc. Rücksicht nimmt, aber im Endeffekt für die meisten keine zusätzlichen Leistungen bedeuten, eventuell sogar weniger.

## **8. Empfehlungen**

Der in den beiden Trendberichten von 2003 und 2010 aufgezeigte Strukturwandel in der häuslichen Pflege und die in dem Bericht „Wirtschaftliches Handeln in Pflegehaushalten und die Folgen für Pflege und Pflegeversicherung“ (Rote Reihe Band 19) dargelegten wirtschaftlichen Grundlagen, Verhaltensstrategien und Belastungsprobleme erfordern eine Modernisierung der Pflegeversicherung auf unterschiedlichen Ebenen. Die Pflegeversicherung steht 15 Jahre nach ihrer Einführung an einem Scheideweg. Wenn es nicht gelingt, stärker als bisher auf die Alltagsbelange der Bürger einzugehen, dann wird sich die Pflegeversicherung zu einem sozialen Sicherungssystem weiterentwickeln, das von wirtschaftlichen Dienstleisterinteressen, fachlichen Qualitätsperspektiven und -anforderungen und medizinisch-technischen Standards geprägt ist, mit der sich daraus ergebenden Eigenlogik einer schwer zu beherrschenden Kostendynamik, wie es im Gesundheitssystem bereits der Fall ist.

Es wird eine Leistungsreform benötigt, die sich nicht nur stärker am Alltagshandeln der betroffenen Pflegehaushalte orientiert, sondern auch stärker auf die unterschiedlichen Pflegearrangements und deren Interessen- und Problemlagen Rücksicht nimmt. Es ist dabei zu unterscheiden zwischen Maßnahmen, die der Qualität der Versorgung, der Gesundheitsprävention der Pflegenden und der generellen Zufriedenheit der Pflegehaushalte dienen (8.1.) und solchen Maßnahmen, die dazu führen können, zusätzlich die Attraktivität für Angehörige zu erhöhen, Pflege zu übernehmen (8.2.). Die Empfehlungen beziehen sich ausschließlich auf die ambulante Pflege.

### **8.1. Reformmaßnahmen zur Stützung der häuslichen Pflege**

#### **8.1.1. Zwei-Personen-Pflege als gesellschaftliches Leitbild und gesetzlich empfohlener Mindeststandard**

Es muss mehr für die Gesundheit der pflegenden Angehörigen getan werden. Hilfsmittel, fachliche Anleitung, Wohnungsanpassungsmaßnahmen oder Verhinderungs- und Kurzzeitpflege reichen hier nicht aus, zumal viele Angehörige diese Leistungen nicht nutzen. Eine

Entlastung der Pflegeperson muss von Beginn an organisiert werden und nicht erst, wenn die Pflegeperson nicht mehr kann. Dies erfordert auch ein Umdenken in den Köpfen der Menschen.

Die Pflegeleitbilder des SGB XI orientieren sich zu stark an den Belangen des Pflegebedürftigen. Dies gilt im Übrigen auch für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Es gibt nicht einen einzigen Paragraphen im SGB XI, der explizit die Gesundheitsprävention der pflegenden Angehörigen in den Vordergrund stellt. Pflegepersonen genießen Versicherungsschutz bei Unfällen und können nach §39 Urlaubsvertretung erhalten. Die Ansprache an Angehörige ist im Gesetz darauf ausgerichtet, „die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn zu unterstützen“ (§3 SGB XI).

Benötigt wird deshalb ein Paradigmenwechsel der dazu führt, dass häusliche Pflege als eine Angelegenheit angesehen wird, bei welcher beide Seiten gleichermaßen zu ihrem Recht kommen (können) und für beide Gesundheitsprävention eine wichtige Rolle einnimmt.

Leitbilder in den Privathaushalten wie z.B.: „eine gute Pflegeperson braucht keine Hilfe, sie schafft es allein“ oder „ich kann ihn nicht allein lassen“, tragen maßgeblich zur starken Belastung der Pflegeperson bei. Nachhaltige Gesundheitsprävention für die Pflegeperson und damit auch ein Stück Lebensqualitätssicherung während der Pflege ist nur dann vorstellbar, wenn von Beginn an die Pflege so organisiert wird, dass die Pflegeperson zeitlich, psychisch und physisch entlastet wird und Zeit für andere Aktivitäten und für Erholungsphasen erhält.

Der Gesetzgeber sollte darauf hinwirken, dass zwei Personen benannt werden oder neben der Hauptpflegeperson zusätzlich der Pflegedienst tätig ist. Pflegegeld sollte entsprechend nur für Pflegehaushalte gezahlt werden, wo neben der Hauptpflegeperson eine zweite Person zumindest für stundenweise Entlastung zur Verfügung steht, um die hohe Bedeutung der personellen Entlastung in der Pflege stärker ins Bewusstsein zu rücken. Wenn die Menschen (z.B. ein Ehepaarhaushalt) völlig auf sich allein gestellt sind und keinen Pflegedienst in Anspruch nehmen möchten, könnte das organisierte Ehrenamt hier eine wichtige Funktion zur Unterstützung einnehmen.

Dieses Modell der „Zwei-Personenpflege“ könnte durch eine Pflegegelderhöhung von 50,- Euro gestützt werden. Eine derartige Erhöhung des Pflegegeldes hätte den Vorteil, dass der neue Ansatz auch ein finanzielles Gesicht erhält und bei bestehenden Leistungszuwendungen nicht der Eindruck bei den Leistungsempfängern entsteht, dass es weitere Anforderungen gibt, aber nicht mehr Geld.

Weiterhin macht es Sinn, im SGB XI einen Paragraphen zum Thema „Gesundheitsprävention der Pflegeperson“ einzuführen, in dem die unterschiedlichen, für Pflegepersonen relevanten Leistungen zusammengeführt werden und ein entsprechendes Beratungsangebot zur Gesundheitsprävention mit Beginn der Pflege (z.B. im Rahmen der neuen Pflegestützpunkte) definiert wird.



Ohne diese Maßnahme ist mit keiner wirklichen Entlastung bei vielen Pflegepersonen zu rechnen, zumal die Pflegepersonen immer älter werden und zunehmend länger gepflegt wird, so dass chronische Erkrankungen wie Rückenleiden oder Burnout-Syndrome erwartbare Folgen sind. Dies hat jedoch nicht nur negative Folgen für die Gesundheit der Pflegeperson, sondern erzeugt auch entsprechende Behandlungskosten im Gesundheitssektor. Solange das Bild von erschöpften und vereinsamten Pflegepersonen die öffentliche Diskussion mitbestimmt, wird es darüber hinaus auch die Entscheidungen der zukünftigen Generationen prägen, Pflege nicht zu übernehmen.

Zielgruppe der Reformmaßnahme: alle Pflegehaushalte, die im Privatkreis pflegen möchten und deshalb vorhaben, Geldleistungen zu wählen.

### **8.1.2. Sicherung „Humaner Pflege“ im Pflegedienstsektor**

Die Pflegeversicherung sieht Hilfen bei der Kommunikation nicht als eigenständige Leistungen vor. „Das Eingehen auf das Kommunikationsbedürfnis im Zusammenhang mit der Erbringung von Pflegeleistungen ist vielmehr selbstverständlicher Bestandteil einer qualitativ guten und humanen Pflege“. (Ratgeber Pflege BMA 1996)

Die sich daraus ergebende Konzentration auf die Funktionalität für die zu erbringenden Pflegeleistungen der Pflegedienste führt dazu, dass kaum Zeit bleibt, mit dem Pflegebedürftigen auch so ein paar Worte zu wechseln. Dies betrifft vor allem die Haushalte mit geringer Pflegestufe und damit einem zeitlich eher geringen Einsatz des Pflegedienstes. Es ist ein Abarbeiten der Leistungsmodule im vorgegebenen, finanziell kalkulierten Budgetrahmen seitens der Pflegedienste, die für 20-30 Minuten in einen Haushalt hinein gehen, dort beispielsweise die „Kleine oder Große Morgentoilette“ erledigen und dann den nächsten Haushalt aufsuchen. Je nach Einstellung und Fähigkeiten des Personals und auftretenden Komplikationen bei den Verrichtungen bleibt dabei etwas mehr oder keine weitere Zeit für den Pflegebedürftigen. Nach den Erfahrungen der Pflegehaushalte gibt mehr als jeder zweite an, dass sich der Pflegedienst zu sehr beeilt oder teilweise zu wenig Zeit hat.

Die Pflegebedürftigen und ihre pflegenden Angehörigen haben ein völlig anderes Zeitverständnis von Pflege und können diese Vorgehensweise nur schwer akzeptieren, wissen aber, dass das nicht die Fehlleistung des Pflegedienstes ist, sondern der gesetzlichen Rahmenbedingungen. Entsprechend richtet sich die Kritik größtenteils nicht gegen die Arbeit der Pflegedienste, sondern gegen die Leistungen des Gesetzes. Dies drückt sich u.a. in der steigenden Unzufriedenheit mit der Pflegeversicherung aus.

Es wird deshalb empfohlen, unter dem Stichwort „Humane Pflege“ für jeden oder jeden zweiten Einsatztag bei einem Pflegebedürftigen eine Kommunikationspauschale von 5-10

Minuten vorzusehen, die es ermöglicht, die Pflege in kommunikativer Hinsicht humaner zu gestalten, indem die Pflegedienstinanspruchnehmer dieses bei Bedarf auch einfordern können. Die fünf bis zehn Minuten können dazu dienen:

- ein paar Worte zwischen Pflegebedürftigen und Pflegepersonal in Ruhe wechseln zu können, wie es sich die Pflegehaushalte wünschen.
- die erforderlichen Leistungen an einem Tag, an dem der Pflegebedürftige etwas länger benötigt, auch in Ruhe erledigen zu können.
- die erforderlichen Dokumentationstätigkeiten der Pflegeperson in Ruhe erledigen zu können.
- das Pflegepersonal von zuviel Leistungs- und Termindruck zu entlasten. Die Belastung des Fachpersonals in der ambulanten Pflege ist zu hoch.<sup>67</sup>

Zielgruppe der Reformmaßnahme:                    Inanspruchnehmer von Pflegediensten und Pflegepersonal

### **8.1.3. Aufteilung und Aufstockung der Kombileistung**

Bei der Kombileistung wird das Zwei-Personen Pflegemodell bereits realisiert. Ein typisches Beispiel ist, wenn der Ehepartner pflegt, sich aber bei bestimmten Tätigkeiten (z.B. Duschen/Baden des Pflegebedürftigen) überfordert fühlt und dies dem Pflegedienst überlässt. Allerdings bietet die Kombileistung nur eine punktuelle Entlastung, wie im skizzierten Beispiel angedeutet. Als reale zeitliche Entlastung ist der Umfang der Leistung zu niedrig angesetzt. Wenn man davon ausgeht, dass pflegende Angehörige etwas Geld als Anerkennungshonorar (z.B. 100 Euro/Monat) behalten möchten, zugleich noch einmal 50-100 Euro/Monat für zusätzliche Pflegeausgaben wie Zuzahlungen für Medikamente, Fahrten zum Arzt etc. anfallen, dann verbleiben für die Inanspruchnahme des Pflegedienstes noch 240 Euro in Pflegestufe I. Damit lässt sich dann die große Morgentoilette (also mit Duschen/Baden) noch 2-3x in der Woche finanzieren. D.h., es ist eine Entlastung in fachlich/körperlicher Hinsicht für eine spezielle Hilfestellung gegeben, aber die notwendige zeitliche Entlastung reguliert sich darüber nicht.

Der Sachleistungsanteil sollte für erwerbstätige Pflegepersonen und für die Personen, die im Sinne von Reformmaßnahme 1 keine zweite Pflegeperson benennen können, so konzipiert sein, dass mindestens eine Einheit (Morgens/Mittags oder Abends) komplett über den Pflegedienst geregelt werden kann und damit eine zeitliche Entlastung am Tag zumindest einmal real möglich ist. Die Kombileistung sollte entsprechend in zwei Varianten aufgeteilt werden.

---

<sup>67</sup> Die Autoren führen auch Mitarbeiterbefragungen bei Pflegeanbietern durch. Die Ergebnisse dieser Befragungen zeigen, dass neben den traditionellen körperlichen Belastungen zunehmend auch psychische Belastungen in Form von Termin- und Leistungsdruck eine große Rolle spielen und die Belastungen im Vergleich zu anderen Branchen überdurchschnittlich hoch sind.

- die Variante A: fachliche oder körperliche Hilfestellung im Sinne der bisher gegebenen punktuellen Hilfestellung, wie oben skizziert, wofür die derzeitige Größenordnung mit der Aufstockung von Reformmaßnahme 2 (Humane Pflege) ausreicht und
- die Variante B, die gezielt auch auf eine zeitliche Entlastung für Pflegepersonen hinwirken soll, die erwerbstätig sind oder keine zweite Person zur Unterstützung zur Verfügung haben.

Mit dieser Reformmaßnahme soll die Lücke zwischen der geringen zeitlichen Entlastung durch das bisherige Sachleistungsangebot und der zeitlichen Entlastung für den gesamten Tag durch das Angebot der Tagespflege geschlossen werden. Dies könnte insbesondere für Erwerbstätige attraktiv sein, wenn diese beispielsweise morgens eine Komplettversorgung des Pflegebedürftigen durch den Pflegedienst erhalten können, ohne selbst dazu zahlen zu müssen. Zurzeit ist es eher so, dass die Erwerbstätigen noch vieles selbst übernehmen und nur das Nötigste dem Pflegedienst überlassen, weil die Leistungen zu knapp bemessen sind und die Zusatzfinanzierung der Angehörigen ausbleibt. Das ist für erwerbstätige Pflegepersonen eine zu große Belastung. Nur die Inanspruchnahme der Tagespflege kann hier zur Zeit eine wirkliche zeitliche Entlastung bieten, aber diese kommt für viele Pflegehaushalte aus unterschiedlichen Gründen nicht in Frage.

Eine Aufstockung im Rahmen der Variante B sollte für rund 20 Arbeitstage im Monat kalkuliert werden und die erforderliche Komplettversorgung für den Morgen/Mittag oder Abend ermöglichen. Dies könnte beispielsweise für den Morgen bedeuten, eine Kombination von kleiner Morgentoilette, großer Morgentoilette, Unterstützung beim Frühstück sowie eventuell einer besonderen Leistung. Die Zusammenstellung erfolgt wie bisher durch die Pflegebedürftigen; es sollten aber noch mindestens 100 Euro an Pflegegeld übrig bleiben. Weiterhin ist darauf zu achten, dass nicht mehr Geld ausgezahlt wird, als beim reinen Pflegegeld, so dass es nicht dazukommen kann, dass mit Hilfe der Kombinationsleistung mehr Geld erhältlich ist, als über die reine Geldleistung. Die Reformmaßnahme wird vor allem für die Pflegestufe I gesehen, da in dieser Pflegestufe die Pflegebedürftigen noch ein gewisses Selbstständigkeitspotential haben, sich Erwerbstätigkeit und Pflege in vielen Fällen noch vereinbaren lässt, und die Leistungen des SGB XI hier vor dem Hintergrund des geringen Umfangs in zeitlicher Hinsicht besonders begrenzt sind.

Zielgruppen der Reformmaßnahme: erwerbstätige Pflegepersonen und Pflegepersonen, die auf sich allein gestellt sind.

#### **8.1.4. Maßnahmen zur Erwerbstätigkeit für eine bessere Vereinbarung von Pflege und Beruf**

Die vorgeschlagenen Maßnahmen 1 bis 3 können bereits als Leistungen auch zur Entlastung von pflegenden Erwerbstätigen angesehen werden. Ähnliches gilt auch für das bereits gegebene Tagespflegeangebot. Diese Leistungen werden aber nicht ausreichen. Entscheidend ist, dass auch am Arbeitsplatz selbst bestimmte Rahmenbedingungen gegeben sind, die es ermöglichen, Pflege und Erwerbstätigkeit auch über eine längere Zeit von bis zu zehn Jahren ohne besondere Belastungen durchführen zu können. Regelungen, die auf einen für die Pflegezeit vollständigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben abzielen, werden nicht empfohlen. Anders als bei der Erziehung von Kindern gibt es hier hinsichtlich der Pflegedauer – nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Fortschritte im medizinischen Sektor – keine vernünftigen Kalkulationsgrundlagen weder für den Arbeitgeber noch für den Arbeitnehmer. Hinzu kommt die insgesamt bereits gegebene hohe durchschnittliche Pflegedauer. Das Leitbild sollte deshalb wie bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf auf eine alltägliche Vereinbarkeit hinauslaufen.

Die im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorgesehene Regelung einer sechsmonatigen Pflegezeit kann hier nur ein erster Schritt sein, der nicht ausreichen wird. Um sowohl den sehr unterschiedlichen betrieblichen Gegebenheiten als auch der Vielfalt privater Vorstellungen sowie gesundheitlichen und finanziellen Bedingungen Rechnung zu tragen, sind vom Gesetzgeber unterschiedliche Optionen vorzugeben, deren Inanspruchnahme dann im Einzelnen zwischen den Betrieben und pflegenden Arbeitnehmern zu klären ist. Hierzu gehören:

- Pflegezeit: Die jetzige Regelung sollte erweitert werden, indem bei längerer Pflege, von der immer mehr Angehörige betroffen sind, weitere Pflegezeiten möglich sind. Denkbar wäre z.B., dass alle vier Jahre eine Pflegezeit in Anspruch genommen werden kann.
- Teilzeit, flexiblere Arbeitszeiten: Es sollte die Möglichkeit gegeben sein, dass pflegende Erwerbstätige von einer Vollzeit auf eine Teilzeittätigkeit wechseln und dabei den Rechtsanspruch behalten, wieder auf eine Vollzeitstelle wechseln zu können, wenn die Pflege vorbei ist. Bei der hohen Anzahl an Pflegebedürftigen der Pflegestufe I macht eine solche Regelung Sinn. Die Rückkehr auf eine Vollzeitstelle muss nicht sofort möglich sein, aber spätestens ein Jahr nach der Pflege sollte die Rückkehr erfolgen können.
- Ausgleichsregelungen bei der Rentenzahlungen, wenn die Arbeitszeit reduziert wird.

Entsprechende gesetzliche Regelungen sind seitens des Gesetzgebers vorzusehen.

Zielgruppen der Reformmaßnahmen:      Erwerbstätige, die Pflege und Beruf vereinbaren wollen

### **8.1.5. Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitskonzepts, wenn sich damit auch reale Verbesserungen im Leistungsumfang für die Pflegehaushalte ergeben**

Das neue Pflegebedürftigkeitskonzept zielt u.a. ab auf eine bessere Berücksichtigung der verschiedenen Krankheits- und Behinderungsbilder der Pflegebedürftigen, so dass es als nicht erforderlich angesehen wird, hierzu weitere Empfehlungen abzugeben. Stattdessen seien zwei Gesichtspunkte kritisch angemerkt:

1. Die Analyse zeigt, dass es zwischen den lebensweltlichen Vorstellungen in den Pflegehaushalten zur Pfl egetätigkeit bzw. den Pflegehilfebedarfen und den pflegeschli chen, über SGB XI definierten Bedarfen bis auf weiteres auch bei einer Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine Differenz geben wird. Tendenziell besteht bei dem neuen Konzept die Gefahr, dass die Qualitätsanforderungen an die häusliche Pflege so weit ansteigen, dass Angehörige nur noch fremdbestimmt als Funktionsträger zur Umsetzung der Maßnahmen angesehen werden und sich tendenziell damit überfordert fühlen. Bereits heute sind die Pflegebedürftigen und Pflegepersonen häufig in medizinisch-therapeutische Maßnahmepakete eingebunden, die entsprechend gemagt werden müssen und die die vertrauten selbstbestimmten Alltagsabläufe, auf die die Betroffenen viel Wert legen, durcheinander bringen und sei es nur, dass die Fahrten zu Behandlungsterminen organisiert werden müssen.
2. Zum zweiten sei darauf hingewiesen, dass die Leitbilder der Privathaushalte zur Pflege und das selbstbestimmte Management wie auch die Orientierung an ihren eigenen Zeitvorstellungen für die Pflegehaushalte zentrale Faktoren der Alltagsgestaltung und privaten Lebensführung sind. Fast 50% sehen die Zuständigkeit dafür, wie gepflegt werden soll, als eine reine Privatangelegenheit an. Es werden deshalb Zeit- und Kosten sowie die Alltagskompatibilität empfohlener Maßnahmen – unabhängig davon wie der Pflegebedürftigkeitsbegriff definiert wird – zentrale Faktoren bleiben, wenn es darum geht gesetzliche Leistungen und Maßnahmen zu bewerten und das eigene Handeln daran auszurichten.

Trotz dieser kritischen Hinweise kann jede Annäherung an die lebensweltlichen Vorstellungen hinsichtlich der krankheitsbedingten Problemlagen bzw. noch gegebenen Fähigkeiten, wie sie mit dem neuen Konzept erfolgen würde, als eine Verbesserung des SGB XI angesehen werden. Eine derartige Reform sollte dann aber bei den Pflegebedürftigen und Pflege-

personen sichtbare Ergebnisse zeigen. Eine kostenneutrale Umstellung erscheint deshalb vor dem Hintergrund der Umfrageergebnisse schwer vorstellbar.

## **8.2. Anreizsteuerung für die Angehörigenpflege**

Die unter den Punkten 8.1.1. bis 8.1.5. genannten Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten Pflege dürften die Akzeptanz der Pflegeversicherung und die Attraktivität der häuslichen Pflege grundsätzlich verbessern. Sie sind jedoch nur bedingt geeignet, um als Anreizwirkung gegenüber anderen Alternativen der Pflege und Betreuung wirken zu können.

Um eine Anreizwirkung für Angehörige zu entfalten, bedarf es zunächst einer Klärung, welche Angehörigen überhaupt angesprochen werden könnten.

Dort, wo die Übernahme der Pflege durch Angehörige als moralische Verpflichtung bzw. als Selbstverständlichkeit angesehen wird, sind besondere Anreizeffekte nicht erforderlich. Aber dies trifft auf einen immer weniger großen Anteil der Angehörigen zu (gut 40%). Die Situation wird sich ab 2015 noch deutlich verschlechtern, weil dann zunehmend weniger Angehörige im Hauptpflegealter ab 50 Jahre durch die geburtenschwächeren Jahrgänge überhaupt zur Verfügung stehen werden. Gleichzeitig ergibt sich durch den demografischen Wandel zunehmend ein Fachkräftemangel auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, so dass in Zukunft verstärkt auch ältere Arbeitnehmer und die Frauen als erwerbstätige Personen benötigt werden. Wo keine Angehörigen existieren, kann auch kein Anreiz wirken und wo potenzielle Pflegepersonen an anderer Stelle im Erwerbsleben benötigt werden, macht es volkswirtschaftlich keinen Sinn, diese durch sozialstaatlich finanzierte Anreizeffekte vom allgemeinen Arbeitsmarkt abzuwerben.

Der Boom im betreuten Wohnen ist Ausdruck dieser Situation und nimmt diese zukünftige Entwicklung vorweg. Weil die älteren Menschen wissen, dass sie entweder keine Angehörigen haben oder diese nicht zur Verfügung stehen werden, werden frühzeitig die Weichen in Richtung betreutes Wohnen gestellt, um für ein möglichst selbstbestimmtes Leben im Alter auch mit Pflegebedürftigkeit abgesichert zu sein.

Das betreute Wohnen hat sich hier als tragfähige und mittlerweile auch für weniger starke Einkommensschichten finanzierbare Alternative bewährt, insbesondere seitdem auch die Wohlfahrtsverbände und Genossenschaften verstärkt solche Wohnformen anbieten.<sup>68</sup> Es bietet barrierefreie Wohnungen, Notrufsysteme und bei Bedarf die komplette Infrastrukturversorgung wie soziale Dienste, Essen auf Rädern, Pflegedienste oder ärztliche Versorgung. Hinzu kommt, dass diese Leistungen individuell bei Bedarf zusammengestellt werden kön-

---

<sup>68</sup> Zum Stellenwert des Betreuten Wohnens siehe auch R. Schmidt: Veränderungen von Pflegearrangements: Neue Pflege und spezielle Wohnformen, in: H. Dräther, K. Jacobs, H. Rothgang (Hrsg.), Fokus Pflegeversicherung, WidO-Reihe im Kompart-Verlag 2009.

nen und nicht von vornherein mitfinanziert werden müssen. Das sind nicht zu unterschätzende Vorteile, vor allem auch in ländlichen Gebieten, wo die Infrastruktur eher schlecht und tendenziell wegen der demografischen Entwicklung der Bevölkerung immer schlechter wird. Betreutes Wohnen bietet mittlerweile durch das vielfältige Angebot darüber hinaus den Vorteil, in seiner vertrauten Region wohnen bleiben zu können, denn es gibt mittlerweile auch in ländlichen Regionen derartige Angebote. Wenn zusätzlich die alte Wohnung sowieso zu teuer, zu groß, zu viel Arbeit erzeugt hat oder wenn wegen Stufen die Mobilität eingeschränkt wird, dann ist ein Umzug in eine andere Wohnung auch in dieser Hinsicht vorteilhaft. Betreutes Wohnen bietet somit - außer dass fremdes Personal pflegen wird und mehr Geld investiert werden muss - keine wirklichen Nachteile, bietet aber das gesamte erforderliche Leistungsspektrum, ein Gefühl weiterhin selbstbestimmt Wohnen zu können, ein Sicherheits- und Verlässlichkeitsgefühl, versorgt zu sein, und es entlastet von möglichen Stress- bzw. Konfliktsituationen mit Angehörigen, mit denen man sich eventuell nicht ganz so gut versteht. Mit einem weiter wachsenden Markt muss deshalb gerechnet werden. Indem diese Wohnformen auch von Ehepaarhaushalten häufig bereits vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit gewählt werden, werden frühzeitig die Weichen in Richtung späterer ambulanter Dienstleistungspflege und dann allerdings auch „automatisch“ bei höherer Pflegestufe in Richtung stationärer Pflege gestellt, was zugleich bedeutet, dass die Angehörigen noch Betreuungsleistungen übernehmen, aber frühzeitig aus den Kernleistungen der Pflege aussteigen.

Es macht wenig Sinn, gegen diesen Trend im Sinne der Förderung der Angehörigenpflege sozialstaatlich zu steuern. Die traditionelle Angehörigenpflege, bei der der Pflegebedürftige von Angehörigen aufgenommen wird, kann demgegenüber nicht automatisch als vorteilhafter angesehen werden. Die Pflegebedürftigen müssen ihre vertraute Umgebung und damit ihre Freunde/Nachbarschaft aufgeben, sie können in der Regel nicht mehr so selbstbestimmt und selbstständig Wohnen, sie haben eventuell das Gefühl, für ihre Angehörigen eine Last zu sein und die Wohnungen der Angehörigen sind in der Regel auch nicht barrierefrei gestaltet. Der große Pluspunkt bleibt die emotionale Nähe zu Angehörigen und die in der Regel gegebene intensivere Pflege und Betreuung sowie der Einsatz der Geldmittel für Nahestehende und nicht für anonyme Marktanbieter. Auch für Angehörige sind betreute Wohnformen eine attraktive Lösung, wenn der Pflegebedürftige in ihrer Nähe wohnt, aber nicht in ihrem Haushalt, und damit die Rund um die Uhr-Betreuung nicht sichergestellt werden muss. Es ist davon auszugehen, dass dafür auch zusätzliches Geld seitens der Angehörigen bereitgestellt wird. So ist es nicht verwunderlich, dass rund 20% der befragten Pflegehaushalte anderen Personen eine Pflege in betreuten Wohnformen empfehlen würden.

Es verbleibt somit für eine rechtliche Anreizsteuerung nur ein schmaler Korridor zwischen denen, die sowieso bzw. selbstverständlich die Pflege unter Angehörigen bzw. mit dem An-

gehörigen leisten möchten und damit keinen besonderen Anreiz benötigen und denen, die das betreute Wohnen gegenüber der Angehörigenpflege vorziehen oder wegen Angehörigenrestriktionen keine Alternativen haben. Beachtet man zusätzlich die Pflegebedürftigen, die aufgrund der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit (z.B. starke Demenz) von Angehörigen nicht mehr gepflegt werden können bzw. diese sich dazu nicht in der Lage sehen, dann wird der Personenkreis, wo Recht auf die Entscheidungen der Pflegeübernahme Einfluss nehmen kann, weiter reduziert.

Eine effiziente rechtliche Steuerung benötigt neben der Klarheit über die Zielgruppe auch kalkulierbare Größenordnungen. Bei der Pflege stellt sich hier zum einen das Problem, dass bei der Übernahme zur Pflege die Personen in der Regel nicht wissen, wie lange die Pflege dauern wird. Muss man mit einem Jahr, mit fünf Jahren oder mit zehn oder noch mehr Jahren rechnen? Damit ergibt sich für die potenziell pflegenden Angehörigen ein unkalkulierbares Risiko in Bezug auf die eigene Lebensplanung, die in der Regel – mit Ausnahme der Partnerhaushalte – vom Leben der Pflegebedürftigen abweicht. War die Pflegeübernahme im Rahmen des Hausfrauenmodells noch eine nach der Kindererziehung neu gestellte Aufgabe, die in die Zeitdispositionen gut integrierbar gewesen ist, so stellt sich für pflegende Erwerbstätige oder ältere Pflegepersonen, die bereits das Rentenalter erreicht haben, die Situation völlig anders dar. Zum anderen ergibt sich das Problem, dass der Verlauf der Pflegebedürftigkeit schwer kalkulierbar ist. Zu einem Schlaganfall könnte ein zweiter hinzukommen, zu einer mobilitätsbedingten Pflegebedürftigkeit eine kognitive in Form der Demenz, die dann auch eine umfassende Betreuung während der Erwerbstätigkeit der Pflegeperson bedeuten würde. Wenn sich Angehörige auf die Pflege einlassen, dann werden diese Aspekte mitbedacht, d.h. es muss von vornherein für die Angehörigen eine Perspektive geben, wie es bei Schwerstpflegebedürftigkeit weitergehen könnte.

Betrachtet man die Pflegeübernahme ohne die emotionalen Bindungen unter den Angehörigen nüchtern unter dem Aspekt der Kosten-Nutzenkalkulation, dann müssen für diese beide Angehörigen-Gruppen letztlich die Vorteile überwiegen, um Pflege zu übernehmen. Für die Kosten-Nutzenkalkulation können dabei vier Aspekte als grundlegend angesehen werden, wenn man davon ausgeht, dass überhaupt eine gewisse Offenheit/Bereitschaft für die Pflegeübernahme vorliegt. Diese sind:

- die Erwerbs- und Einkommenssituation bei Pflege

Hierzu ist bereits in Abschnitt 8.1. erläutert worden, dass neben dem Ausbau der stützenden Leistungen für die Pflege entsprechende Arbeitszeitregelungen und Rentenausgleichszahlungen erforderlich sein werden.

- die Wohnsituation



Je mehr die barrierefreie Wohnung auch zum Leitbild des selbstständigen Lebens Pflegebedürftiger wird, desto mehr muss in den bestehenden Wohnungsbestand von Angehörigen, die einen Pflegebedürftigen aufnehmen, investiert werden. Die zur Zeit bereit gestellten Mittel reichen hierzu nicht aus. Wenn aber Angehörige 5.000 oder 10.000 Euro für einen Umbau in geeignete Badezimmer etc. hinzu finanzieren müssen, wird die Wohnung zur Barriere, Pflege in der eigenen Wohnung zu übernehmen.

- die Sicherstellung der Betreuungssituation für den Pflegebedürftigen

(über die gesamte Pflegedauer bzw. ein Stufenmodell, wie es bei Schwerstpflegebedürftigkeit weitergeht)

Hierzu ist bereits unter 8.1. deutlich gemacht worden, dass erwerbstätige Pflegepersonen, die nicht die Tagespflege in Anspruch nehmen können oder wollen, Alternativen benötigen, wie die Betreuung für einige Stunden am Tag sichergestellt werden kann. Hier wird vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Lebenssituationen und Fähigkeiten der Pflegepersonen mehr Flexibilität im Leistungsangebot benötigt, wie es unter Abschnitt 8.1. hinsichtlich der Aufstockung der Kombinationsleistung oder der Aufstockung der Geldleistung für eine zweite die Pflege unterstützende Person skizziert wurde. Auch die Einbindung des professionellen Ehrenamts sollte hier zu einem konkreten Angebot weiterentwickelt werden.

- die Sicherung der Lebensqualität der Pflegeperson

Solange die häusliche Pflege als hochbelastend angesehen wird und die Vereinbarkeit mit Beruf oder anderen Aktivitäten nur schwer gelingt, spielen derartige Opportunitätskosten für die Entscheidung, Pflege nicht zu übernehmen eine wichtige Rolle. Auch hier erhält das betreute Wohnen seine Bedeutung, weil ein entsprechendes Wohnangebot für den Pflegebedürftigen in der Nähe, die Möglichkeit für Angehörige bietet, Betreuungsleistungen zu übernehmen, ohne sich selbst in der Lebensqualität zu sehr eingeschränkt zu fühlen. Entsprechend sind für die Angehörigenpflege ein eigenes Haus mit ausreichend Platz, sowie die sonstigen skizzierten Maßnahmen zur Entlastung der Pflegeperson wichtige Voraussetzungen, wenn sich Pflege mit einer ausreichenden Lebensqualität für die Angehörigen vereinbaren lassen soll.

Die Ausführungen sollen verdeutlichen, dass eine Anreizwirkung für die häusliche Pflege im Rahmen des gesellschaftlichen Strukturwandels nur bestimmte Zielgruppen überhaupt erreichen wird und sich nur schwer in effizienter und effektiver Weise organisieren lässt, zumal es immer mehr attraktive Alternativangebote gibt, die das selbstbestimmte und selbstständige Leben Pflegebedürftiger stützen. Deshalb machen Einzelmaßnahmen hier wenig Sinn, sondern, wenn überhaupt, dann sollte im Sinne der skizzierten Vorschläge ein abgestimmtes Paket eine Reform der Pflegeversicherung prägen.

## 9. Anhang

### 9.1. Soziodemografische Daten

Zu allen Erhebungszeitpunkten wurden die Daten in Form einer schriftlichen Befragung erhoben. Die Rücklaufquote liegt stabil bei rund einem Drittel der angeschriebenen Haushalte.

Gravierende Abweichungen gegenüber den offiziellen Statistiken zur Pflegeversicherung hinsichtlich Pflegestufe, Alter, Geschlecht zeigen sich nicht. Der Vergleich der 1997, 2002 und 2009 erhobenen Daten zur Inanspruchnahme von Pflegeversicherungsleistungen bei AOK-Versicherten mit der offiziellen Pflegeversicherungsstatistik<sup>69</sup> für alle gesetzlich Versicherten zeigt jedoch für alle drei Erhebungen leichte Abweichungen bei den Sach- bzw. Kombinationsleistungsempfängern. Im Einzelnen ergibt sich für das Jahr

- 1997 eine Abweichung hinsichtlich der Sachleistungsempfänger,
- 2002 eine Abweichung hinsichtlich der Kombinationsleistungsempfänger,
- 2009 eine Abweichung hinsichtlich der Sachleistungs- und Kombinationsleistungsempfänger.

Diese Abweichungen sind mit Hilfe von Gewichtungsfaktoren<sup>70</sup> entsprechend der offiziellen Statistiken korrigiert worden. Die Befragungsergebnisse für die Querschnittsvergleiche in diesem Bericht beruhen auf Berechnungen mit den entsprechend gewichteten Datensätzen und berücksichtigen nur pflegebedürftige Personen, die 30 Jahre und älter sind, da für das Jahr 1997 keine Daten bei jüngeren Pflegebedürftigen erhoben worden sind. Die in der Befragung 2009 erstmals erhobenen Daten bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe 0 bleiben ebenfalls unberücksichtigt.

Die folgenden Tabellen zeigen die gewichteten Verteilungen für die Leistungsarten und die Pflegestufen für die Jahre 1997, 2002 und 2009 im Vergleich zur offiziellen Pflegeversicherungsstatistik. Da entsprechende nach Alter aufgegliederte Daten zur Verteilung nach Leistungsarten nicht verfügbar waren, enthalten die Daten der Pflegeversicherungsstatistik hierzu auch pflegebedürftige Personen, die unter 30 Jahre alt sind, während sich die übrigen Daten nur auf Pflegebedürftige ab 30 Jahren beziehen.

---

<sup>69</sup> Die Pflegeversicherungsstatistik für 2009 liegt noch nicht vor. Deshalb wurde für den Vergleich mit der Befragung 2009 die Statistik von 2008 verwendet (vgl. [http://www.bmg.bund.de/cn\\_160/nn\\_1168762/DE/Pflege/Statistiken/statistiken\\_\\_node.html?\\_\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/cn_160/nn_1168762/DE/Pflege/Statistiken/statistiken__node.html?__nnn=true)).

<sup>70</sup> Bei nicht gegebener Repräsentativität erhobener Daten bezüglich relevanter Variablen werden die Daten fallweise über sogenannte Gewichtungsvariablen mit verschiedenen Gewichtungsfaktoren versehen. Dabei wird für jede Ausprägung der betreffenden Variablen (hier: Leistungsart) ein Gewichtungsfaktor gebildet. Er ergibt sich aus dem Verhältnis des „Soll-Zustandes“ (d.h. hier: Verteilung in der offiziellen Pflegeversicherungsstatistik) zum „Ist-Zustand“ (d.h. hier: Verteilung der erhobenen ungewichteten Daten).

**Tab. 23: Verteilung nach Leistungsarten**  
(Angaben in Prozent)<sup>71</sup>

Leistungsarten	Pflegeversicherungstatistik 1997 (n=1.248910)	Befragung 1997 (n=1042)	Pflegeversicherungstatistik 2002 (n=1.348328)	Befragung 2002 (n=1219)	Pflegeversicherungstatistik 2008 (n=1.434393)	Befragung 2009 (n=1205)
• Pflegegeld	77,8	77,8	72,5	71,8	70,4	70,0
• Pflegesachleistung	9,6	9,1	12,3	11,3	12,6	12,5
• Kombileistung	12,6	13,1	15,2	16,9	17,0	17,5
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Tab. 24: Verteilung nach Pflegestufen**  
(Angaben in Prozent)<sup>72</sup>

Pflegestufen	Pflegeversicherungstatistik 1997 (n=1.084514)	Befragung 1997 (n=1070)	Pflegeversicherungstatistik 2002 (n=1.171461)	Befragung 2002 (n=1244)	Pflegeversicherungstatistik 2008 (n=1.307993)	Befragung 2009 (n=1246)
• Pflegestufe I	48,6	49,1	57,6	51,2	61,4	61,3
• Pflegestufe II	40,5	37,8	33,6	36,5	30,5	29,8
• Pflegestufe III	10,9	13,1	8,8	12,3	8,1	8,9
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Wie die Tabellen zu den Leistungsarten und den Pflegestufen zeigen, sind für die Befragungen 1997, 2002 und 2009 nur geringfügige Unterschiede im Vergleich zur offiziellen Pflegeversicherungstatistik gegeben, wenn die Befragungsdaten entsprechend der Leistungsarten gewichtet werden. Mit den so gewichteten Daten ergeben sich für die Pflegestufen nur geringe Abweichungen der Befragungsdaten von der offiziellen Pflegeversicherungstatistik.

Der Vergleich der soziodemografischen Daten der Befragungsteilnehmer 1997, 2002 und 2009 zeigt folgende Ergebnisse:

Für das Geschlecht und den Familienstand der pflegebedürftigen Personen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Im Vergleich zur Pflegeversicherungstatistik sind Frauen etwas häufiger vertreten. Hinsichtlich des Alters zeigt sich, wie in der offiziellen Pflegeversicherungstatistik, dass die pflegebedürftigen Personen 2009 etwas älter sind, als noch 1997 und 2002:

<sup>71</sup> Signifikanzniveau Befragungsdaten „Verteilung nach Leistungsarten“:  $p < 0,001$

<sup>72</sup> Bei den Daten der Pflegeversicherungstatistik wurden nur Leistungsempfänger ab 30 Jahren berücksichtigt, da sich die Befragungsdaten auf diese Altersgruppe beziehen. Signifikanzniveau Befragungsdaten „Verteilung nach Pflegestufen“:  $p < 0,001$

**Tab. 25: Geschlecht der pflegebedürftigen Personen**  
(Angaben in Prozent)<sup>73</sup>

Geschlecht	1997 (n=1063)	2002 (n=1205)	2009 (n=1192)
• Männlich	31,7	30,9	33,3
• Weiblich	68,3	69,1	66,7
Gesamt	100,0	100,0	100,0

**Tab. 26: Familienstand der pflegebedürftigen Personen**  
(Angaben in Prozent)<sup>74</sup>

Familienstand	1997 (n=1059)	2002 (n=1208)	2009 (n=1211)
• Ledig	11,4	11,8	10,7
• Verheiratet / Zusammen lebend	34,6	36,4	41,4
• Verwitwet	49,5	47,5	42,7
• Geschieden / Getrennt lebend	4,5	4,3	5,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

**Tab. 27: Alter der pflegebedürftigen Personen**  
(Angaben in Prozent)<sup>75</sup>

Alter	1997 (n=1066)	2002 (n=1210)	2009 (n=1196)
• 30 bis 64 Jahre	19,1	17,9	15,8
• 65 bis 79 Jahre	30,3	31,7	33,0
• 80 Jahre und älter	50,6	50,4	51,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Für die Pflegepersonen zeigen sich folgende Ergebnisse:

**Tab. 28: Geschlecht der Pflegepersonen**  
(Angaben in Prozent)<sup>76</sup>

Geschlecht	1997 (n=918)	2002 (n=1054)	2009 (n=1076)
• Männlich	16,4	19,3	21,3
• Weiblich	83,6	80,7	78,7
Gesamt	100,0	100,0	100,0

<sup>73</sup> Signifikanzniveau „Geschlecht Pflegebedürftiger“: n.s.

<sup>74</sup> Signifikanzniveau „Familienstand Pflegebedürftiger“:  $p \leq 0,05$

<sup>75</sup> Signifikanzniveau „Alter Pflegebedürftiger“: n.s.

<sup>76</sup> Signifikanzniveau „Geschlecht Pflegeperson“:  $p \leq 0,01$

**Tab. 29: Familienstand der Pflegepersonen**  
(Angaben in Prozent)<sup>77</sup>

Familienstand	1997 (n=985)	2002 (n=1094)	2009 (n=1068)
• Ledig	5,5	7,6	6,3
• Verheiratet / Zusammen lebend	81,2	80,7	78,7
• Verwitwet	7,7	7,0	7,7
• Geschieden / Getrennt lebend	5,6	4,7	7,3
Gesamt	100,0	100,0	100,0

**Tab. 30: Alter der Pflegepersonen**  
(Angaben in Prozent)<sup>78</sup>

Alter	1997 (n=977)	2002 (n=1117)	2009 (n=1084)
• 16 bis 29 Jahre	1,2	0,9	0,7
• 30 bis 64 Jahre	70,2	66,8	58,1
• 65 bis 79 Jahre	25,9	28,3	34,7
• 80 Jahre und älter	2,7	4,0	6,5
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Bei der Schichtzugehörigkeit bzw. der Zugehörigkeit zu verschiedenen Berufsgruppenmilieus<sup>79</sup> zeigen sich leichte Veränderungen:

**Tab. 31: Berufsgruppenmilieus**  
(Angaben in Prozent)<sup>80</sup>

Berufsgruppenmilieus	1997 (n=1031)	2002 (n=1185)	2009 (n=1177)
• Arbeiterhaushalt	39,3	40,5	41,0
• Facharbeiter-/ Einfacher Angestellten-/ Einfacher Beamtenhaushalt	38,4	30,7	38,3
• Landwirtschaftlicher-/ Handwerker-/ Kleingewerbehaushalt	11,4	9,8	10,5
• Höherer Angestellten-/ Höherer Beamtenhaushalt	8,3	16,0	6,2
• Selbstständiger Akademiker- / Unternehmerhaushalt	2,6	3,0	4,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0

<sup>77</sup> Signifikanzniveau „Familienstand Pflegeperson“: n.s.

<sup>78</sup> Signifikanzniveau „Alter Pflegeperson“:  $p < 0,001$

<sup>79</sup> Zur besseren Übersicht wurden die Berufsgruppenmilieus zusammengefasst. Gefragt wurde, welchem Haushaltstyp man sich zuordnen würde. Zu beachten ist dabei, dass Pflegebedürftige in Eigenheimen/einer eigenen Mietwohnung oder auch im Eigentum/der Mietwohnung bei Angehörigen leben können. Die Angaben zu den Berufsgruppenmilieus beziehen sich auf beide Haushaltstypen, und sind nicht allein als Berufsgruppenmilieus der Pflegebedürftigen zu interpretieren.

Das Haushaltsnettoeinkommen<sup>81</sup> ist 2009 tendenziell besser, als in den Jahren zuvor:

**Tab. 32: Haushaltsnettoeinkommen der Pflegehaushalte**  
(Angaben in Prozent)<sup>82</sup>

Haushaltsnettoeinkommen	1997 (n=1025)	2002 (n=1122)	2009 (n=1109)
• Bis 499 €	10,1	8,2	6,0
• 500 bis 999 €	43,0	34,6	30,0
• 1000 bis 1499 €	28,3	32,2	39,6
• 1500 bis 2499 €	13,4	20,1	21,3
• 2500 € und mehr	5,2	4,9	3,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Bei der Haushaltsgröße der Pflegehaushalte zeigt sich eine Zunahme der Einpersonenhaushalte:

**Tab. 33: Haushaltsgröße der Pflegehaushalte**  
(Angaben in Prozent)<sup>83</sup>

Haushaltsgröße	1997 (n=1076)	2002 (n=1215)	2009 (n=1229)
• 1-Personenhaushalt	26,1	28,7	28,9
• 2-Personenhaushalt	36,7	37,9	44,8
• 3-Personenhaushalt	22,4	18,4	16,8
• 4-Personenhaushalt	7,2	7,2	5,0
• 5-Personenhaushalt	4,3	4,6	3,1
• Haushalt mit 6 und mehr Personen	3,3	3,2	1,4
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Auch bei der Wohnsituation der pflegebedürftigen Person zeigen sich leichte Veränderungen:

<sup>80</sup> Signifikanzniveau „Berufsgruppenmilieus“:  $p < 0,001$

<sup>81</sup> Beim Vergleich der Haushaltsnettoeinkommen der Pflegehaushalte ist anzumerken, dass in der Befragung 1997 noch nach dem Einkommen in DM-Beträgen gefragt wurde, die für die Vergleichbarkeit mit den Daten 2002 und 2009 in Euro-Beträge umgewandelt worden sind.

<sup>82</sup> Signifikanzniveau „Haushaltsnettoeinkommen“:  $p < 0,001$

<sup>83</sup> Signifikanzniveau „Haushaltsgröße“:  $p < 0,001$

**Tab. 34: Wohnsituation der pflegebedürftigen Person**  
(Angaben in Prozent)<sup>84</sup>

Wohnsituation	1997 (n=1063)	2002 (n=1206)	2009 (n=1202)
• Eigene(s) Eigenheim/Eigentumswohnung	23,0	22,8	29,8
• Eigene Mietwohnung	32,2	37,0	35,5
• Eigenheim/Eigentumswohnung bei Angehörigen	26,3	24,8	22,9
• Mietwohnung bei Angehörigen	18,5	15,4	11,8
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Die folgenden Tabellen zeigen den Vergleich der Dauer der Pflegebedürftigkeit:

**Tab. 35: Dauer der Pflegebedürftigkeit**  
(Angaben in Prozent)<sup>85</sup>

Dauer der Pflegebedürftigkeit	1997 (n=1064)	2002 (n=1210)	2009 (n=1182)
• Weniger als 1 Jahr	7,2	7,3	7,7
• 1 bis unter 2 Jahre	18,4	15,0	12,5
• 2 bis unter 3 Jahre	19,1	14,4	13,8
• 3 bis unter 5 Jahre	20,9	23,9	20,8
• 5 bis unter 10 Jahre	16,8	23,6	22,2
• 10 Jahre und mehr	17,6	15,8	23,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0

**Tab. 36: Dauer der Pflegebedürftigkeit bei Pflegebedürftigen ab 60 Jahren**  
(Angaben in Prozent)<sup>86</sup>

Dauer der Pflegebedürftigkeit bei Pflegebedürftigen ab 60 Jahren	1997 (n=905)	2002 (n=1036)	2009 (n=1028)
• Weniger als 1 Jahr	8,2	8,1	8,0
• 1 bis unter 2 Jahre	19,4	15,9	12,9
• 2 bis unter 3 Jahre	20,6	15,3	14,0
• 3 bis unter 5 Jahre	21,9	24,8	22,6
• 5 bis unter 10 Jahre	16,8	24,2	23,7
• 10 Jahre und mehr	13,1	11,7	18,8
Gesamt	100,0	100,0	100,0

<sup>84</sup> Signifikanzniveau „Wohnsituation“:  $p \leq 0,001$

<sup>85</sup> Signifikanzniveau „Dauer Pflegebedürftigkeit“:  $p \leq 0,001$

<sup>86</sup> Signifikanzniveau „Dauer der Pflegebedürftigkeit bei Pflegebedürftigen ab 60 Jahren“:  $p \leq 0,001$

Die Verteilungen nach Wohnortgrößen ist der folgenden Tabelle zu entnehmen:

**Tab. 37: Wohnortgröße**  
(Angaben in Prozent)<sup>87</sup>

Anzahl Einwohner	1997 (n=1053)	2002 (n=1219)	2009 (n=1207)
• Bis 999	13,7	13,3	17,5
• 1.000 bis 9.999	34,9	36,9	36,4
• 10.000 bis 99.999	32,5	31,7	26,5
• 100.000 bis 249.999	6,8	6,1	7,1
• 250.000 und mehr	12,1	12,0	12,5
Gesamt	100,0	100,0	100,0

## 9.2. Trendverzeichnis

Trend 1: Immer weniger Menschen sehen die Übernahme von häuslicher Pflege als eine moralische Pflicht Angehöriger an.....6

Trend 2: Das Recht auf Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen gewinnt immer mehr an Bedeutung.....7

Trend 3: Der Staat wird immer mehr als notwendiger Unterstützer gesehen, um häusliche Pflege durchführen zu können.....8

Trend 4: Eine private Pflegevorsorge wird zunehmend für erforderlich gehalten. ....9

Trend 5: Die Pflege bei Angehörigen, insbesondere in einer Mietwohnung, geht deutlich zurück. Dies hat Konsequenzen für die Zusammensetzung der Pflegearrangements.....10

Trend 6: Mit einem höheren Einstiegsalter der Menschen in die Pflegebedürftigkeit steigt auch das Alter der Pflegepersonen an. ....14

Trend 7: Der Anteil an weiblichen Pflegepersonen ist leicht rückläufig. Dies korrespondiert mit der Entwicklung zur Einstellung, dass Pflege keine Frauenaufgabe ist. ....17

Trend 8: Es gibt immer mehr Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter, die nebenbei erwerbstätig sind, und es versuchen immer mehr Pflegepersonen den Umfang ihrer Erwerbstätigkeit unverändert beizubehalten. ....18

Trend 9: Pflegevorstellungen und Pflegeunterstützung bleiben stabil.....21

Trend 10: Es gibt keine generelle Zunahme der Pflegebedürftigkeit in Deutschland, sondern eine längere Lebensdauer der Pflegebedürftigen und damit eine stete Zunahme von Versicherungsanspruchnehmern im ambulanten und stationären Bereich. ....27

<sup>87</sup> Signifikanzniveau „Wohnortgröße“: p<=0,05



Trend 11: Es gibt eine deutliche Zunahme der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I und eine Abnahme des Anteils von Pflegebedürftigen sowohl mit Pflegestufe II als auch mit Pflegestufe III. ....	29
Trend 12: Die von den Pflegehaushalten wahrgenommenen Belastungen bleiben auf konstantem Niveau. ....	30
Trend 13: Der Personenkreis, der Ansprüche an die Unterstützung durch SGB XI stellt, steigt stetig an. Das bedeutet auch: Wirkungen der zusätzlich bereitgestellten Leistungen im Sinne der Reduzierung der Ansprüche durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zeigen sich nicht. ....	31
Trend 14: Die Dienstleister der Pflegeversicherung haben sich etabliert. ....	35
Trend 15: Es sind heute nicht mehr Pflegedienste an der häuslichen Pflege beteiligt als mit Beginn der Pflegeversicherung. ....	38
Trend 16: Die Inanspruchnahme bei den ergänzenden Leistungen nimmt zu. ....	41

### 9.3. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Angehörige sind moralisch verpflichtet, die Pflege zu übernehmen .....	6
Abb. 2: In der Ehe gibt es einen Anspruch auf gegenseitige Pflege .....	7
Tab. 1: Einstellungsmuster zur Angehörigenpflege .....	7
Abb. 3: Unabhängigkeit von Angehörigen und Bekannten .....	8
Abb. 4: Angehörigenrestriktionen bei der Pflegeübernahme .....	8
Abb. 5: Staatliche Unterstützungsleistungen als Entscheidungskriterium .....	9
Abb. 6: Finanzielle Hilfe durch die Pflegeversicherung ist unerlässlich .....	9
Abb. 7: Man braucht sich nicht mehr um private Vorsorge kümmern .....	10
Tab. 2: Wohnsituation der pflegebedürftigen Person .....	10
Tab. 3: Wohnsituation der pflegebedürftigen Person nach Berufsgruppenmilieu .....	11
Tab. 4: Hauptpflegepersonen nach Wohnsituation der pflegebedürftigen Person.....	12
Tab. 5: Hauptpflegeperson nach Wohnsituation der pflegebedürftigen Person .....	12
Abb. 8: Beteiligung von ausländischen Hilfspersonen .....	13
Abb. 9: Pflegearrangements nach Pflege- und Unterstützungsnetzwerken .....	14
Abb. 10: Alter der Pflegeperson .....	14
Tab. 6: Alter der Pflegeperson zu Beginn der Pflege.....	15
Tab. 7: Ehepaarpflege: Alter der pflegebedürftigen Person und der Pflegeperson .....	15
Tab. 8: Pflege durch (Schwieger)Kinder: Alter der pflegebedürftigen Person und der Pflegeperson .....	16
Tab. 9: Pflege durch sonstige Verwandtschaft: Alter der pflegebedürftigen Person und der Pflegeperson .....	16
Abb. 11: Weibliche Pflegeperson und Einstellung Pflege ist keine Frauenaufgabe.....	17

Abb. 12: Hauptpflegepersonen .....	18
Abb. 13: Erwerbstätigkeit der Pflegepersonen seit Pflegeübernahme .....	19
Abb. 14: Erwerbstätigkeit der Pflegepersonen vor und seit Pflegeübernahme .....	19
Tab. 10: Erwerbstätigkeit seit Pflegeübernahme nach Geschlecht Pflegeperson .....	20
Abb. 15: Leistungsart nach Erwerbstätigkeit seit Pflegeübernahme .....	20
Tab. 11: Inanspruchnahme Teilstationäre Pflege nach Erwerbstätigkeit seit Pflegeübernahme .....	21
Abb. 16: Meinungen zur Pflegeetätigkeit I .....	22
Abb. 17: Meinungen zur Pflegeetätigkeit II .....	22
Abb. 18: Unterstützerbedarfe für eine bereits pflegende Person I .....	23
Abb. 19: Unterstützerbedarf für eine bereits pflegende Person II .....	23
Tab. 12: Unterstützerbedarfe für eine bereits pflegende Person hinsichtlich zeitlicher, körperlicher und fachlicher Entlastung nach Leistungswahl .....	24
Tab. 13: Unterstützerbedarfe für eine bereits pflegende Person hinsichtlich zeitlicher, körperlicher und fachlicher Entlastung nach Pflegestufen .....	24
Abb. 20: Bedarf an Unterstützung für persönliche Betreuung und Haushaltshilfe .....	25
Tab. 14: Bedarf an Unterstützung für persönliche Betreuung und Haushaltshilfe im Vergleich von Einpersonen- und Ehepaarhaushalten .....	25
Abb. 21: Zeitbedarfe, auf die die Pflegehaushalte bei der Pflegeorganisation großen Wert gelegt haben .....	26
Tab. 15: Zeitbedarfe, auf die die Pflegehaushalte bei der Pflegeorganisation großen Wert gelegt haben, nach Pflegestufen und Demenz .....	26
Tab. 16: Dauer der Pflegebedürftigkeit .....	28
Tab. 17: Dauer der Pflegebedürftigkeit nach Alter der pflegebedürftigen Person .....	28
Tab. 18: Verteilung nach Pflegestufen .....	29
Abb. 22: Beurteilung der Pflegesituation .....	30
Abb. 23: Die Pflegesituation ist insgesamt gesehen in Ordnung .....	31
Abb. 24: Einstellung Staat hat mit der Pflegeversicherung genug getan .....	32
Abb. 25: Pflegeversicherung gibt pflegenden Angehörigen Anerkennung .....	32
Abb. 26: Die Pflegeversicherung ist für Angehörige und Bekannte ein Ansporn, Pflege zu übernehmen .....	33
Abb. 27: Einstellung Staat hat genug getan nach Generationenzugehörigkeit .....	33
Abb. 28: Zusatzbedarfe aus Sicht der Pflegehaushalte .....	34
Abb. 29: Zusatzbedarf mehr Pflegegeld nach Leistungsempfängerart .....	34
Abb. 30: Zusatzbedarf mehr Unterstützung durch Pflegedienste nach Leistungsart .....	35
Abb. 31: Aussagen zur Begutachtung durch den MDK .....	36
Abb. 32: Begutachtungsverfahren des MDK ist, so wie es ist, in Ordnung .....	36
Abb. 33: Beurteilung der vorgeschriebenen Pflichtberatung durch Pflegedienste .....	37
Abb. 34: Erfahrungen mit Pflegediensten I .....	37

---

Abb. 35: Erfahrungen mit Pflegediensten II .....	37
Tab. 19: An der Pflege beteiligte Pflegedienste .....	38
Tab. 20: Leistungsart .....	38
Tab. 21: Pflegestufe nach Leistungsart .....	39
Abb. 36: Entscheidungskriterien für die Inanspruchnahme von Sachleistungen I .....	40
Abb. 37: Entscheidungskriterien für die Inanspruchnahme von Sachleistungen II .....	40
Abb. 38: Bewilligung zusätzlicher Leistungsangebote der Pflegeversicherung .....	41
Abb. 39: Beurteilung zusätzlicher Leistungsangebote der Pflegeversicherung .....	41
Abb. 40: Pflegezeit für Erwerbstätige .....	43
Tab. 22: Kenntnis und Bewertung der Pflegezeit für Erwerbstätige nach Erwerbstätigkeit seit Pflegeübernahme .....	43
Abb. 41: Kurzfristige Freistellung von der Arbeit zur Pflegeorganisation .....	45
Abb. 42: Situationsdefinition zur Inanspruchnahme der teilstationären Pflege .....	46
Abb. 43: Einwände gegen die teilstationäre Pflege .....	46
Abb. 44: Einwände gegen die teilstationäre Pflege für informierte Nicht-Nutzer .....	47
Tab. 23: Verteilung nach Leistungsarten .....	67
Tab. 24: Verteilung nach Pflegestufen .....	67
Tab. 25: Geschlecht der pflegebedürftigen Personen .....	68
Tab. 26: Familienstand der pflegebedürftigen Personen .....	68
Tab. 27: Alter der pflegebedürftigen Personen .....	68
Tab. 28: Geschlecht der Pflegepersonen .....	68
Tab. 29: Familienstand der Pflegepersonen .....	69
Tab. 30: Alter der Pflegepersonen .....	69
Tab. 31: Berufsgruppenmilieus .....	69
Tab. 32: Haushaltsnettoeinkommen der Pflegehaushalte .....	70
Tab. 33: Haushaltsgröße der Pflegehaushalte .....	70
Tab. 34: Wohnsituation der pflegebedürftigen Person .....	71
Tab. 35: Dauer der Pflegebedürftigkeit .....	71
Tab. 36: Dauer der Pflegebedürftigkeit bei Pflegebedürftigen ab 60 Jahren .....	71
Tab. 37: Wohnortgröße .....	72