



Bundesministerium
für Gesundheit

Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“

www.bundesgesundheitsministerium.de

Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“

Bericht zu den Repräsentativerhebungen
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Von TNS Infratest Sozialforschung, München

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung zu Auftrag und Methodik	4
1. Ziele des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes und Entwicklung der leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen	8
1.1. Finanzergebnisse.....	11
1.2. Zahl der Leistungsempfänger.....	12
1.3. Entwicklung der Sozialhilfe.....	13
2. Pflegebedürftige in Privathaushalten	14
2.1. Soziodemografische Merkmale.....	16
2.2. Finanzielle Situation und Sozialhilfeabhängigkeit.....	18
2.2.1. Einkommen.....	18
2.2.2. Sozialhilfe und existenzsichernde Leistungen.....	20
2.3. Pflegebedarf.....	22
2.4. Pflege und Versorgung in Privathaushalten.....	26
2.4.1. Häusliche Pflegearrangements.....	26
2.4.2. Zeitaufwand und empfundene Belastung.....	28
2.4.3. Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und privater Pflege.....	30
2.4.4. Kurzzeitige Freistellung von der Arbeit und Pflegezeit.....	31
2.4.5. Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung.....	34
2.4.6. Beurteilung der Leistungen der Pflegeversicherung durch die Leistungsbezieher und Zukunftsperspektiven.....	44
2.4.7. Ergänzend in Anspruch genommene Hilfen und Höhe der selbst getragenen Kosten der Pflege.....	47
2.5. Empfohlene und benötigte Rehabilitationsmaßnahmen und Heilmittel.....	48
2.6. Information und Beratung über Leistungen der Pflegeversicherung.....	53
2.6.1. Nutzung von Pflegestützpunkten und weiteren Koordinierungsstellen.....	54
2.6.2. Pflegeberatung.....	56
2.7. Qualität in der Pflege.....	58
2.8. Migrationshintergrund und häusliche Pflege.....	60
2.9. Besondere Versorgungssituationen und Risikolagen.....	63
2.10. Zusammenfassung.....	67
3. Ambulante Pflegedienste	70
3.1. Strukturmerkmale der ambulanten Pflegedienste.....	71
3.2. Leistungsangebot.....	75
3.2.1. Leistungsprofile.....	75
3.2.2. Anwendung von Expertenstandards des DNQP.....	80
3.2.3. Gleichgeschlechtliche Pflege.....	81
3.2.4. Migrationsproblematik in der Pflege.....	82
3.3. Leistungserbringung.....	85
3.3.1. Betreute Klienten.....	85
3.3.2. Einsätze und Leistungen.....	86
3.3.3. Bewertungen aus der Sicht der ambulanten Dienste.....	92

3.4. Personal.....	94
3.4.1. Personelle Ausstattung.....	94
3.4.2. Qualifikationsstruktur.....	98
3.4.3. Personalfluktuat ion.....	100
3.4.4. Die Situation der Beschäftigten aus Sicht der Einrichtungsleitungen.....	104
3.5. Wirtschaftliche Situation.....	105
3.6. Zusammenfassung.....	109
4. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen.....	112
4.1. Strukturmerkmale.....	113
4.2. Leistungsangebot.....	116
4.2.1. Angebotsprofile.....	116
4.2.2. Ärztliche Versorgung.....	118
4.2.3. Expertenstandards.....	120
4.3. Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen.....	120
4.3.1. Persönliche Merkmale.....	121
4.3.2. Wohnsituation.....	126
4.3.3. Leistungen im Bereich der pflegerischen Versorgung und Betreuung.....	127
4.3.4. Unterstützung durch weitere Personen.....	131
4.3.5. Migrationshintergrund und Pflege.....	132
4.3.6. Heilmittel und Rehabilitationsmaßnahmen.....	134
4.4. Personal der vollstationären Pflegeeinrichtungen.....	141
4.4.1. Personalsituation.....	141
4.4.2. Personalprobleme aus Sicht der Einrichtungen.....	155
4.5. Wirtschaftliche Situation.....	156
4.5.1. Heimentgelte.....	156
4.5.2. Sozialhilfebezug.....	157
4.5.3. Wartelisten und Kapazitätsentwicklungen.....	158
4.5.4. Probleme aus Sicht der Einrichtungen.....	160
4.6. Zusammenfassung.....	161
Anhang.....	164
Tabellenverzeichnis.....	165
Abbildungsverzeichnis.....	168
Literaturverzeichnis.....	174
Autorenverzeichnis.....	175

Vorbemerkung zu Auftrag und Methodik

Vorbemerkung zu Auftrag und Methodik

Untersuchungsauftrag

Seit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurden seitens der Bundesregierung immer wieder wichtige Veränderungen auf den Weg gebracht, zuletzt mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008. Für die künftige Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ist es von zentraler Bedeutung, wie die Neuregelungen in der Praxis ankommen und wo gegebenenfalls Nachsteuerungsbedarf besteht. Deshalb hat das Bundesministerium für Gesundheit TNS Infratest Sozialforschung im November 2009 mit der Durchführung einer wissenschaftlichen Studie zu den Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes beauftragt.

Ziel ist es, detaillierte Erkenntnisse zur Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zu gewinnen und konkrete Hinweise für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung abzuleiten. Zur Realisierung dieses Projektziels führte TNS Infratest Sozialforschung insgesamt vier Repräsentativerhebungen in Privathaushalten, ambulanten Pflegediensten und vollstationären Pflegeeinrichtungen durch. In den Pflegeeinrichtungen erfolgte sowohl eine Befragung auf der Ebene der Institutionen als auch eine bewohnerbezogene Erhebung.

Die Untersuchung knüpft an die von TNS Infratest Sozialforschung 1998/99 durchgeführte Studie zu den Wirkungen der Pflegeversicherung (Schneekloth und Müller, 2000) sowie die 2002 und 2005 durchgeführten Untersuchungen zu Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten und Alteneinrichtungen (MuG III: Schneekloth und Wahl, 2006, MuG IV: Schneekloth und von Törne, 2009) an. Insofern stellt die Studie auf einer fachlich unabhängigen Grundlage auch die Entwicklungen dar, die sich in den vergangenen 10 Jahren im Pflegebereich vollzogen haben.

Methodik

Die Untersuchung gliedert sich analog zur Studie zu den Wirkungen der Pflegeversicherung von 1999 in drei Module. Das erste Modul umfasst eine repräsentative Befragung von Pflegehaushalten. Im zweiten und dritten

Modul wurde die Sicht der Leistungserbringer erfasst. In diesem Zusammenhang wurden ambulante Pflegedienste und vollstationäre Pflegeeinrichtungen befragt. Die Befragung der Leitungen der ambulanten Pflegedienste erfolgte schriftlich, die der Heime zum Teil schriftlich und zum Teil persönlich-mündlich.

Zusätzlich zu den Heimleitungen wurden in jedem der Heime die Hauptpflegekräfte von sechs zufällig ausgewählten Heimbewohnern persönlich-mündlich befragt.

Modul 1: Telefonische Befragung in Pflegehaushalten

Das erste Modul umfasste eine repräsentative Befragung von Pflegehaushalten. Wie bereits 1999 wurden die Haushalte, in denen eine pflegebedürftige Person lebt, zunächst über eine Screening-Frage in den kontinuierlich durchgeführten telefonischen Repräsentativerhebungen von TNS Infratest ermittelt. In der Zeit vom 27.11.2009 bis 15.5.2010 wurden 94.800 Haushalte gefragt, ob im Haushalt „eine aufgrund einer Krankheit oder Behinderung dauerhaft pflegebedürftige Person“ lebt. In 3.653 Haushalten wurde dies bejaht und die befragte Person stimmte einem erneuten Anruf zu. Diese Haushalte wurden in der Zeit vom 8.3. bis 26.5.2010 erneut telefonisch kontaktiert und es wurde ein Interview mit einer Person durchgeführt, die über die Pflegesituation im Haushalt Auskunft geben konnte. Insgesamt haben die speziell für diese Erhebung geschulten TNS Infratest-Telefoninterviewer 1.500 Interviews realisiert. Berücksichtigt man, dass sich die Zahl der vorab ermittelten Pflegehaushalte um 1.137 qualitätsneutrale Ausfälle verringerte (hierzu zählen Haushalte, in denen die pflegebedürftige Person zum Zeitpunkt des eigentlichen Interviews bereits in ein Heim gezogen oder verstorben war, aber auch Haushalte, die trotz 12 Anrufversuchen nicht erreicht werden konnten), entspricht dies einer Ausschöpfungsquote von 59,6 Prozent. Die erhobenen Daten wurden zunächst auf der Haushaltsebene nach Bundesland und Siedlungsstrukturtyp (BIK) gewichtet. Die Gewichtung nach Pflegestufe, Alter und Geschlecht und die Hochrechnung der Pflegebedürftigen in Privathaushalten mit Leistungen der

Ausschöpfung im Rahmen der Haupterhebung bei den privaten Pflegehaushalten

Vorab ermittelte Pflegehaushalte (Brutto 1)	3.653	
abzgl. Haushalte mit qualitätsneutralen Ausfällen (pflegebedürftige Person war zum Zeitpunkt der Haupterhebung bereits in ein Heim gezogen oder verstorben, Telefonnummer war nicht mehr gültig, eine Verständigung mit der Zielperson war nicht möglich u. ä.)	1.137	
Gültige Zielhaushalte (Brutto 2)	2.516	100,0
Realisierte Interviews (Netto)	1.500	59,6
Teilnahme verweigert	636	25,3
Im Haushalt niemanden erreicht	176	7,0
Sonstige Ausfallgründe	204	8,1

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Pflegeversicherung auf 1,54 Mio. erfolgte anschließend anhand der amtlichen Pflegestatistik 2007¹. Die Pflegebedürftigen in Privathaushalten ohne Leistungsbezug wurden proportional hochgerechnet. Bei der Differenzierung nach alten und neuen Bundesländern wurde Berlin zu den neuen Bundesländern gezählt.

1.136 Personen in der Stichprobe beziehen Leistungen der Pflegeversicherung. 121 gaben an, dass ihr Antrag abgelehnt wurde, bei 28 war der Antrag noch offen und 185 Pflegehaushalte hatten keinen Antrag gestellt. Acht Pflegebedürftigen waren zwar Leistungen der Pflegeversicherung bewilligt worden, die sie allerdings nicht in Anspruch nehmen. 22 Befragte haben keine Angaben zur Antragstellung gemacht.

Modul 2: Schriftliche Befragung von ambulanten Diensten

Für dieses Modul wurde aus der Pflegedatenbank PAULA, die die BKK zu diesem Zweck zur Verfügung gestellt hat, eine repräsentative Zufallsstichprobe ambulanter Pflegedienste gezogen (BKK, 2010). Der Rückgriff auf die Datenbank einer Pflegekasse war erforderlich, da das für die vorangegangenen Pflegestudien genutzte Handbuch „Häusliche Pflege“ des Vincentz-Verlags nicht mehr aufgelegt wird und damit für die Stichprobenziehung keine aktuelle Version zur Verfügung stand. Die Stichprobenziehung erfolgte geschichtet nach Bundesland und Siedlungsstrukturtyp (BIK). Während der Feldzeit vom 17.3. bis

7.6.2010 konnten 759 Interviews realisiert werden. Dies entspricht einer Ausschöpfungsquote von 40,9 Prozent. Da die Datenbank der BKK ausschließlich ambulante Dienste mit Versorgungsvertrag enthält, gibt es auch in der Stichprobe keinen ambulanten Dienst ohne Versorgungsvertrag.

Die erhobenen Daten wurden zunächst anhand der Datenbank PAULA nach Bundesland und Siedlungsstrukturtyp (BIK) und anschließend auf der Basis der amtlichen Pflegestatistik 2007 nach Träger gewichtet. Abschließend wurde die Stichprobe auf die in der amtlichen Pflegestatistik 2007 ausgewiesene Zahl von 11.529 ambulanten Diensten hochgerechnet. Bei der Differenzierung nach alten und neuen Bundesländern wurde Berlin zu den neuen Bundesländern gezählt.

Modul 3: Befragung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Auch die repräsentative Zufallsstichprobe vollstationärer Pflegeeinrichtungen wurde auf der Basis der Pflegedatenbank PAULA, die die BKK zu diesem Zweck zur Verfügung gestellt hat, gezogen (BKK, 2010). Das für vorangegangene Befragungen vollstationärer Einrichtungen genutzte „Altenheim-Adressbuch“ des Vincentz-Verlags wird ebenso wie das Handbuch „Häusliche Pflege“ nicht mehr aufgelegt, so dass für die Stichprobenziehung keine aktuelle Version zur Verfügung stand.

¹Für die Gewichtung und Hochrechnung der erhobenen Daten in Privathaushalten und Heimen hat das Statistische Bundesamt eine Reihe von Sonderauswertungen zur Verfügung gestellt.

Die bewohnerbezogene Stichprobenziehung erfolgte geschichtet nach Ost- und Westdeutschland, wobei Berlin Ostdeutschland zugeordnet wurde, sowie nach Siedlungsstrukturtyp (BIK) und Größenklasse. Während der Feldphase vom 5.3. bis 8.6.2010 konnten insgesamt 422 Interviews mit den Leitungen vollstationärer Einrichtungen realisiert werden. Dies entspricht einer Ausschöpfungsquote von 50,2 Prozent. In den teilnehmenden Einrichtungen wurden darüber hinaus 2.470 bewohnerbezogene Interviews – in der Regel mit den Hauptpflegekräften – durchgeführt. Damit konnten in der überwiegenden Zahl der Heime die angestrebten sechs bewohnerbezogenen Interviews realisiert werden. Die Kontaktaufnahme mit den Heimen erfolgte durch Interviewer von TNS Infratest, die auch sämtliche bewohnerbezogenen Interviews mit den Hauptpflegekräften persönlich-mündlich durchführten. Ein Teil der Interviews mit den Heimleitungen erfolgte ebenfalls persönlich-mündlich, ein Teil der Fragebögen wurde aber

auch von den Heimleitungen selber ausgefüllt und dem Interviewer übergeben. Dies war insbesondere dann sinnvoll, wenn Strukturdaten erst im Detail aus verschiedenen Quellen zusammengetragen werden mussten und die Heimleitungen hierfür mehr Zeit benötigten.

Die heimbezogenen Daten wurden zunächst anhand der Datenbank PAULA nach Bundesland und Siedlungsstrukturtyp (BIK) gewichtet. Die weitere Gewichtung nach Größenklasse und Träger erfolgte ebenso wie die abschließende Hochrechnung auf 9.919 vollstationäre Einrichtungen anhand der amtlichen Pflegestatistik 2007. Die bewohnerbezogenen Daten wurden zunächst auf der Basis der Heimdaten nach Bundesland, Siedlungsstrukturtyp (BIK), Größenklasse und Träger gewichtet. Anschließend erfolgte eine Gewichtung nach Pflegestufe, Altersklasse und Geschlecht und eine abschließende Hochrechnung auf 661.708 Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen mit Pflegestufe I bis III anhand der amtlichen Pflegestatistik 2007. Bewohner, die keine Leistungen nach den Pflegestufen I bis III beziehen, wurden proportional hochgerechnet.

Design der TNS Infratest-Repräsentativerhebungen 2010 zur Pflegeversicherung				
	Pflegebedürftige in Pflegehaushalten	Ambulante Dienste	Vollstationäre Pflegeeinrichtungen ¹	
			Einrichtungen	Bewohner
Auskunftgeber	Pflegebedürftige und weitere Personen, die sich mit der Pflegesituation im Haushalt auskennen	Leitung des Dienstes	Leitung der Einrichtung	Hauptpflegekraft
Erhebungsmethode	CATI	Schriftlich	Schriftlich / Persönlich-mündlich	Persönlich-mündlich
Nettofallzahl	1.500	759	422	2.470
Ausschöpfung	59,6%	40,9%	50,2%	97,6%
Feldzeit	8.3.–26.5.2010 (Vorlaufscreening von Nov. 2009 bis Mai 2010)	17.3.–7.6.2010	15.3.–8.6.2010	15.3.–8.6.2010

¹ Anteil der realisierten bewohnerbezogenen Interviews: Sollvorgabe 6 Bewohner pro Einrichtung
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

1. Ziele des Pflege- Weiterentwicklungsgesetzes und Entwicklung der leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen

1. Ziele des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes und Entwicklung der leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen

Ziel des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008 ist es, das Leistungsangebot der Pflegeversicherung noch stärker an die Bedürfnisse der Menschen anzupassen, und die Pflege so in die Mitte der Gesellschaft zu rücken. Da pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung bleiben möchten, kommt dem Ausbau und der Weiterentwicklung häuslicher und wohnortnaher Versorgungsstrukturen eine besondere Bedeutung zu. Neben den Pflegebedürftigen selber stehen aber auch die pflegenden Angehörigen im Fokus der Reform. Sie müssen die Pflege auf Dauer bewältigen können und benötigen hierfür entsprechende Unterstützungsstrukturen.

Ein wesentliches Kernelement der Pflegereform ist die Erhöhung und Dynamisierung bestehender Leistungen. Nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“, der bereits die grundlegenden Strukturen der Pflegeversicherung geprägt hat, werden bis 2012 vorrangig das Pflegegeld sowie die Beträge für ambulante Sachleistungen, Kurzzeitpflege und teilstationäre Leistungen stufenweise angehoben und die Kombinationsmöglichkeiten dieser Leistungsarten erweitert. In der vollstationären Versorgung werden die Sätze in der Pflegestufe III stufenweise bis 2012 angehoben, die Leistungen in den Pflegestufen I und II bleiben zunächst unverändert. Ab 2015 ist eine Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung im 3-jährigen Rhythmus vorgesehen.²

Weitere Reformelemente wurden in diesem Zusammenhang umgesetzt:

- Ein Anspruch auf Urlaubsvertretung für pflegende Angehörige besteht bereits nach 6 statt nach 12 Monaten Pflegezeit.
- Der Einsatz von Einzelpflegekräften wird stärker als bisher gefördert.

- Neue Wohnformen werden durch die Möglichkeit einer gemeinsamen Inanspruchnahme von Sachleistungen durch mehrere Pflegebedürftige unterstützt (sogenanntes „Poolen“ von Leistungen).
- Übergänge vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder in ein Pflegeheim sollen besser organisiert werden.
- Die ärztliche Versorgung in den Heimen soll durch die Möglichkeit von Kooperationsverträgen oder die Anstellung eines Heimarztes verbessert werden.

Eine spezielle Zielgruppe der Pflegereform 2008 sind Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, wie sie insbesondere bei demenziellen Erkrankungen besteht. Hier wurde der Betrag für ambulante Leistungen angehoben und der anspruchsberechtigte Personenkreis auf Pflegebedürftige erweitert, die zwar keinen erheblichen Pflegebedarf haben und damit nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, die aber einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf haben. In vollstationären Einrichtungen finanziert die Pflegeversicherung für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zusätzliche Betreuungskräfte.

Der Rechtsanspruch auf eine individuelle Pflegeberatung (Fallmanagement), aber auch die Einrichtung von Pflegestützpunkten sollen gewährleisten, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bei der Auswahl und Umsetzung des passenden Pflegearrangements umfassend beraten und unterstützt werden. Auch hier gilt es, wohnortnahe Strukturen aufzubauen bzw. zu stärken und so die häusliche Pflege zu fördern.

Ein weiteres Element zur Stärkung der häuslichen Pflege ist die Einführung einer 6-monatigen Pflegezeit, während der sich abhängig beschäftigte Angehörige unter bestimmten Voraussetzungen ganz oder teilweise von der Arbeit freistellen lassen können, um in dieser Zeit ihre Verwandten zu pflegen. Eingeführt wurde zudem unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf kurzfristige Freistellung von der Arbeit für maximal 10 Arbeitstage, um bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit in der engeren Familie die Pflege des Angehörigen zu organisieren oder gegebenenfalls auch kurzzeitig selber zu übernehmen.

²Als Orientierungswert dient laut § 30 SGB XI die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren. Darüber hinaus darf der Anstieg der Leistungen nicht höher ausfallen als der Anstieg der Bruttolöhne, und die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen können mit berücksichtigt werden.

Professionelle Pflege muss hohe Qualitätsstandards erfüllen, damit Pflegebedürftige angemessen betreut werden können. Um dies zu gewährleisten, wurden die folgenden Regelungen in die Pflegereform 2008 aufgenommen:

- Die Pflegeselbstverwaltung ist verpflichtet, bundesweite Qualitätsstandards zu entwickeln und fortlaufend zu aktualisieren.
- Es werden jährliche und unangemeldete Qualitätsprüfungen in Heimen stattfinden.
- Die daraus resultierenden Prüfberichte sollen leicht zugänglich und ebenso verständlich wie das zugrunde liegende Bewertungssystem sein.
- Durch Bürokratieabbau soll mehr Zeit für die Pflege bleiben.

Weitere Elemente der Pflegereform 2008 sind

- die Förderung von Ehrenamt und Selbsthilfe in der Pflege, z. B. durch mehr niedrigschwellige Betreuungsangebote und
- die Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege.

Wie bei jeder Reform gilt es auch beim Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zu prüfen, ob die intendierten Ziele umgesetzt werden konnten und ob und gegebenenfalls an welcher Stelle weiterer Entwicklungsbedarf besteht. Die vorliegende Studie geht deshalb insbesondere den folgenden Fragen nach:

- Werden die neuen Leistungen – Pflegezeit, Poolen von Leistungen, individuelle Pflegeberatung –, aber auch bereits bestehende Leistungen in Anspruch genommen? Welche Kombination von Leistungen wird gewählt und was sind die Gründe für die jeweilige Entscheidung? Weshalb werden einzelne Leistungen nicht genutzt?

- Tragen die neuen Leistungen – neben dem Ausbau bereits bestehender Leistungen – zu einer besseren Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen und zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen bei?
- Gibt es Leistungen, die aus der Sicht der Betroffenen anders gestaltet werden müssten oder die noch fehlen?
- Hat sich die Beratung und Unterstützung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen durch den Rechtsanspruch auf eine individuelle Pflegeberatung verbessert?
- Nehmen die Pflegebedürftigen vom MDK empfohlene Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch und leisten damit den von ihnen geforderten Beitrag zu einer Verbesserung der Pflegesituation durch Prävention und Rehabilitation?

Die in diesem Zusammenhang erhobenen Daten bieten darüber hinaus die Möglichkeit, zentrale Ergebnisse der Studie von 1998/99 zu den Wirkungen der Pflegeversicherung fortzuschreiben. Zusätzlich wurde bei der neuen Untersuchung ein besonderes Augenmerk darauf gelegt, welche Bedeutung dem Thema „Migration in der Pflege“ zukommt. Die Betreuungssituation von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund wurde deshalb auch hinsichtlich ihrer kulturellen Spezifik erfasst.

Bevor in den nachfolgenden Kapiteln die Ergebnisse der repräsentativen Datenerhebung beschrieben werden, geben die nächsten Abschnitte zunächst einen Überblick über die Entwicklung ausgewählter Rahmendaten der Pflegeversicherung. Grundlage sind Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit sowie die amtliche Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes.

Tab. 1.1 Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung^{1,2}

in Mrd. Euro	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Einnahmen	8,41	16,54	17,49	18,49	18,02	19,77	21,31
Ausgaben	4,97	16,67	17,86	18,03	18,34	19,14	20,33
davon Leistungsausgaben an die Pflegebedürftigen	4,42	15,86	16,98	17,14	17,45	18,20	19,33
Mittelbestand am Jahresende	2,87	4,82	3,05	3,50	3,18	3,81	4,80

¹ Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung, ² Abweichungen in den Summen durch Rundungen

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2010a

1.1. Finanzergebnisse

Ein Blick auf die Finanzergebnisse der sozialen Pflegeversicherung zeigt, dass die Pflegeversicherung nach wie vor solide finanziert ist. Sowohl 2008 als auch 2009 konnte ein Einnahmeüberschuss erzielt und damit der Mittelbestand erhöht werden (siehe Tabelle 1.1). Höhere Ausgaben als Einnahmen hatten in den Jahren 1999 bis 2005 zunächst zu einem Rückgang des Mittelbestands auf 3,05 Mrd. Euro geführt. 2009 lag der Mittelbestand mit 4,8 Mrd. Euro fast wieder auf dem Niveau von 1997.

Die Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung sind bedingt durch die Pflegereform 2008 und die damit einhergehende Dynamisierung und Erweiterung

des Leistungsspektrums von 2007 auf 2008 um 0,75 Mrd. Euro und 2009 noch einmal um 1,1 Mrd. Euro gestiegen. Dieser Ausgabenanstieg wurde durch eine Erhöhung der Beitragssätze zum 1.7.2008 von 1,7 auf 1,95 Prozent (für Kinderlose von 1,95 auf 2,2 Prozent) finanziert. Modellrechnungen von 2007 gehen davon aus, dass diese Beitragserhöhung bis Ende 2014 / Anfang 2015 zur Finanzierung der Reformmaßnahmen ausreicht (Deutscher Bundestag, 2007). Die aktuellen Entwicklungen im Kontext der sogenannten Wirtschafts- und Finanzkrise sind hierbei allerdings noch nicht berücksichtigt, so dass gegebenenfalls auch schon vorher Handlungsbedarf entstehen kann.

1.2. Zahl der Leistungsempfänger

Die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt ist von 1999 bis 2007 von 2.016.091 auf 2.246.829 gestiegen³. Besonders hoch war der Anstieg von 2005 auf 2007 mit 5,6 Prozent. Der Zuwachs bei den Pflegebedürftigen fand vorrangig in der Pflegestufe I statt. Nachdem die Zahl der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III bis 2003 sogar leicht zurückgingen, ist seit 2005 allerdings auch hier ein Anstieg zu verzeichnen. Prozentual ist die Zahl der Pflegebedürftigen, die zu Hause betreut werden, von 2005 auf 2007 stärker gestiegen als die Zahl der Pflegebedürftigen in Heimen. Damit kehrt sich ein Trend aus den Vorjahren um, in denen die Zahl der Pflegebedürftigen in den Heimen stärker gestiegen ist als die der Pflegebedürftigen zu

Hause. 2007 wurden rund 32 Prozent der Pflegebedürftigen in Heimen betreut. Ca. zwei Drittel der Pflegebedürftigen in Privathaushalten werden weiterhin ausschließlich durch Angehörige oder Freunde und Bekannte versorgt. Im Zeitablauf ist aber eine leichte Tendenz hin zu einer Inanspruchnahme ambulanter Sachleistungen zu beobachten, häufig als Kombinationsleistung bei gleichzeitigem Bezug von Pflegegeld. So war der Anteil der Pflegebedürftigen, die ausschließlich durch private Pflegepersonen versorgt wurden, 1999 mit ca. 71 Prozent noch vier Prozentpunkte höher als 2007.

³Für das Jahr 2009 weist das Bundesministerium für Gesundheit 2,37 Mio. Leistungsbezieher, davon 1,63 Mio. ambulant und 741 Tsd. vollstationär, in der sozialen und privaten Pflegeversicherung aus (Bundesministerium für Gesundheit, 2010b). Da die Gewichtung und Hochrechnung der erhobenen Daten auf der Basis der amtlichen Pflegestatistik 2007 erfolgte, sind auch die Zahlen in diesem Abschnitt der amtlichen Pflegestatistik entnommen.

Tab. 1.2 Amtliche Pflegestatistik: Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung (Stand jeweils zum 15.12.)

Anzahl in Tsd.	1999	2001	2003	2005	2007
Pflegebedürftige zu Hause	1.442,9	1.435,4	1.436,6	1.452,0	1.537,5
allein durch Angehörige versorgt ¹	1.027,6	1.000,7	986,5	980,4	1.033,3
durch amb. Pflegedienste versorgt	415,3	434,7	450,1	471,5	504,2
Pflegebedürftige in Heimen	573,2	604,4	640,3	676,6	709,3
darunter vollstationäre Dauerpflege	554,2	582,3	612,2	644,2	671,1
Pflegestufe I	926,5	980,6	1.029,1	1.068,9	1.156,8
Pflegestufe II	784,8	772,4	764,1	768,1	787,5
Pflegestufe III	285,3	276,4	276,1	280,7	291,8
Ohne Zuordnung	19,5	10,3	7,7	10,8	10,8
Insgesamt	2.016,1	2.039,8	2.076,9	2.128,6	2.246,8

¹ Entspricht den Empfänger/-innen von ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI. Empfänger/-innen von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI sind dagegen in den ambulanten Pflegediensten enthalten.

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2008a

Tab. 1.3 Amtliche Sozialhilfestatistik: Entwicklung der Sozialhilfe
Hilfe zur Pflege (§§ 68,69 BSHG / § 61 SGB XII und § 26c BVG, Kriegsopferfürsorge)

	1995	2000	2002	2004	2006	2008
Hilfe zur Pflege nach BSHG / SGB XII						
Bruttoausgaben (in Mrd. Euro)	8,934	2,876	2,943	3,142	3,120	3,262
davon						
Hilfe außerhalb von Einrichtungen	0,546	0,423	0,485	0,540	0,614	0,685
Hilfe innerhalb von Einrichtungen	8,388	2,454	2,458	2,602	2,506	2,577
Leistungsempfänger/-innen (in Tsd.) ^{1,2}	372,8	261,4	246,2	246,4	268,7	284,9
davon						
Hilfe außerhalb von Einrichtungen	85,1	58,8	59,8	55,2	58,9	67,5
Hilfe innerhalb von Einrichtungen	288,2	202,7	186,6	191,3	210,5	218,4
nachrichtlich:						
Laufende Hilfe zur Pflege nach § 26c BVG						
Bruttoausgaben (in Mrd. Euro)	1,014	0,370	0,342	0,349	0,295	0,280
Leistungsempfänger/-innen (in Tsd.) ¹	58,3	28,8	28,3	24,7	20,5	17,9
davon						
Hilfe außerhalb von Einrichtungen	16,0	5,1	5,7	3,5	3,0	2,2
Hilfe innerhalb von Einrichtungen	42,4	23,7	22,6	21,2	17,5	15,7

¹ Stand zum Jahresende.

² 1995 ohne Bremen.

Quellen: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2009, Statistisches Bundesamt, 1996, 2001, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008b, 2009, 2010a sowie Sonderauswertungen des Statistischen Bundesamtes.

1.3. Entwicklung der Sozialhilfe

Ein wesentliches Ziel der Einführung der Pflegeversicherung war die Entlastung der Sozialhilfeträger bei den Ausgaben der Hilfe zur Pflege. Die Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII wird heute nur noch dann neben den Leistungen des SGB XI gewährt, wenn in Einzelfällen die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, und die pflegebedürftige Person den zusätzlichen Bedarf nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen decken kann. Darüber hinaus kann Hilfe zur Pflege gewährt werden, wenn der Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I liegt oder eine im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI pflegebedürftige Person keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat. Dies kann z. B. dann der Fall sein, wenn eine Person nie pflegeversichert war und keine Anwartschaften erworben hat. Hilfe zur Pflege wird als Leistung der Sozialhilfe aber grundsätzlich nur dann gewährt,

wenn die betreffende Person den Bedarf nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen finanzieren kann. Im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung sind die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege und die Zahl der Leistungsempfänger von 1995 bis 2000 erheblich zurückgegangen (vgl. Tabelle 1.3). Seit 2001 ist ein leichter Anstieg der Ausgaben für die Hilfe zur Pflege zu verzeichnen. Dieser Trend wurde nur 2006 unterbrochen. Die Zahl der Leistungsempfänger stieg bereits seit 1999 wieder an, nur unterbrochen durch einen Rückgang in 2002. Neben dem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen wird auch die bis zur Pflegereform 2008 fehlende Dynamisierung bei den Leistungen der Pflegeversicherung zu dieser Entwicklung beigetragen haben. Inwieweit die mit der Pflegereform 2008 beschlossene Dynamisierung dazu beiträgt, den Anstieg im Sozialhilfebezug zu verringern, wird sich in den nächsten Jahren zeigen.

2. Pflegebedürftige in Privathaushalten

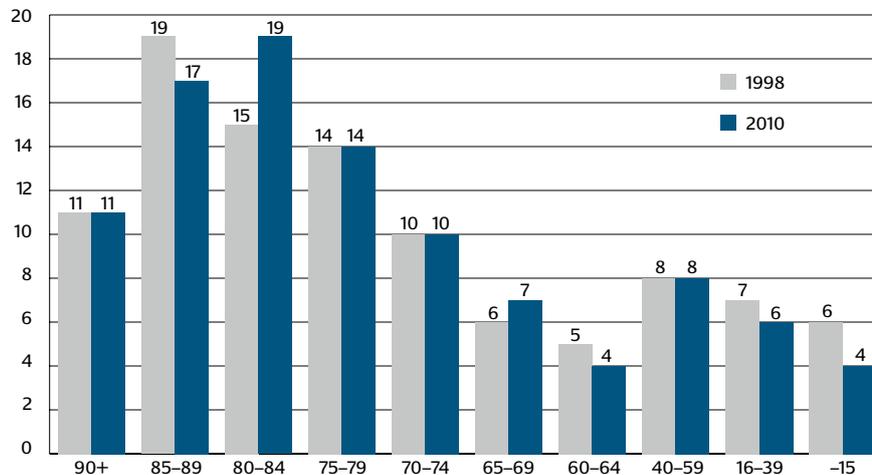
2. Pflegebedürftige in Privathaushalten

Von den 2,25 Mio. Pflegebedürftigen in Deutschland wird der überwiegende Teil – 1,54 Mio. – zu Hause betreut (Statistisches Bundesamt 2008a, Stand: Jahresende 2007). Damit kommt der häuslichen Pflege nach wie vor eine zentrale Bedeutung bei der Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger zu. Die Pflegeversicherung unterstützt mit einem vielfältigen Leistungsangebot die Pflege zu Hause und damit den Wunsch vieler Menschen, auch im Falle der Pflegebedürftigkeit in der vertrauten Umgebung bleiben zu können. Die Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen und die Bedeutung, die den Leistungen der Pflegeversicherung bei der Bewältigung des Alltags zukommt, stehen im Mittelpunkt dieses Kapitels.

Wenn im Folgenden der Begriff „Pflegebedürftige“ verwendet wird, so sind damit ausschließlich Personen im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI gemeint, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen und in eine der drei Pflegestufen eingruppiert sind. Personen, die einen Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I haben, zählen damit nicht zu den Pflegebedürftigen.

Bei einer Differenzierung nach alten und neuen Bundesländern zählt Berlin zu den neuen Bundesländern.

Abb. 2.1 Pflegebedürftige in Privathaushalten – Alterstruktur 1998 und 2010 (%)
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

2.1. Soziodemografische Merkmale

Pflegebedürftigkeit kann bereits in jungen Jahren – z. B. bedingt durch eine schwere Krankheit oder einen Unfall – eintreten. Der Anteil der Pflegebedürftigen in der Altersgruppe der 15-59-Jährigen ist mit 0,5 Prozent allerdings sehr niedrig. Anders sieht dies in der Gruppe der 75-80-Jährigen aus. Von ihnen sind 10 Prozent pflegebedürftig, und unter den 90-Jährigen und Älteren trifft dies sogar auf 61,6 Prozent zu (Statistisches Bundesamt, 2008a).

Bei der überwiegenden Zahl der Pflegebedürftigen ist Hochaltrigkeit damit ein charakteristisches Merkmal. Knapp die Hälfte der Pflegebedürftigen in Privathaushalten ist 80 Jahre und älter, das Durchschnittsalter liegt bei 71,9 Jahren.

Die Altersstruktur ist in den vergangenen 12 Jahren relativ konstant geblieben. Vergleicht man die aktuelle Altersstruktur der Pflegebedürftigen in Privathaushalten mit den Zahlen aus der Repräsentativbefragung von 1998, so zeigen sich nur geringe Unterschiede. Der Anteil der über 80-Jährigen ist seit 1998 um zwei Prozentpunkte gestiegen. Diese Entwicklung ist in erster Linie bedingt durch den relativen Anstieg des Anteils der 80-84-Jährigen an den Pflegebedürftigen in Privathaushalten um vier Prozentpunkte von 15 Prozent auf 19 Prozent. Der Anteil der Pflegebedürftigen in der Gruppe der 85-89-Jährigen ist hingegen um 2 Prozentpunkte von 19 Prozent auf 17 Prozent gesunken, während der Anteil bei den Hochaltrigen ab 90 Jahren mit 11 Prozent in etwa konstant geblieben ist.

Das im Durchschnitt hohe Alter der Pflegebedürftigen in Privathaushalten spiegelt sich auch in anderen soziodemografischen Merkmalen wider.

Knapp zwei Drittel der Pflegebedürftigen in Privathaushalten sind weiblich. In der Gruppe der Hochbetagten ab 80 Jahren trifft dies sogar auf 76 Prozent zu. Grund hierfür ist, dass Frauen im Durchschnitt eine höhere Lebenserwartung als Männer haben, und dass insbesondere in den Jahrgangskohorten, die 1930 und früher geboren sind, der Anteil der Männer an der Gesamtbevölkerung – auch bedingt durch den 2. Weltkrieg – nur rund 30 Prozent beträgt. Hochaltrige Männer sind allerdings seltener pflegebedürftig als Frauen derselben Altersgruppen. Besonders groß ist der Unterschied in der Gruppe der 90-Jährigen und Älteren. Hier sind „nur“ 39 Prozent der Männer, aber 69 Prozent der Frauen pflegebedürftig (Statistisches Bundesamt, 2008a).

Etwas mehr als ein Drittel der Pflegebedürftigen in Privathaushalten ist verheiratet, 41 Prozent sind verwitwet. Knapp 80 Prozent von ihnen haben Kinder. Unterschiede bestehen erwartungsgemäß zwischen den verschiedenen Alterskohorten. Pflegebedürftige unter 60 Jahre sind in der Mehrzahl ledig und kinderlos, und über die Hälfte von ihnen lebt in einem Haushalt mit drei und mehr Personen. Von den 60-79-Jährigen sind etwas mehr als die Hälfte verheiratet und ein großer Teil von ihnen lebt zu zweit mit dem Partner in einem Haushalt. Diejenigen, die 80 Jahre und älter sind, sind überwiegend verwitwet und mit 39 Prozent ist der Anteil der Alleinlebenden in dieser Gruppe am größten. Gut ein Viertel von ihnen lebt in einem Haushalt mit drei oder mehr Personen.

Tab. 2.1 Pflegebedürftige in Privathaushalten – Strukturmerkmale nach Alter (%)

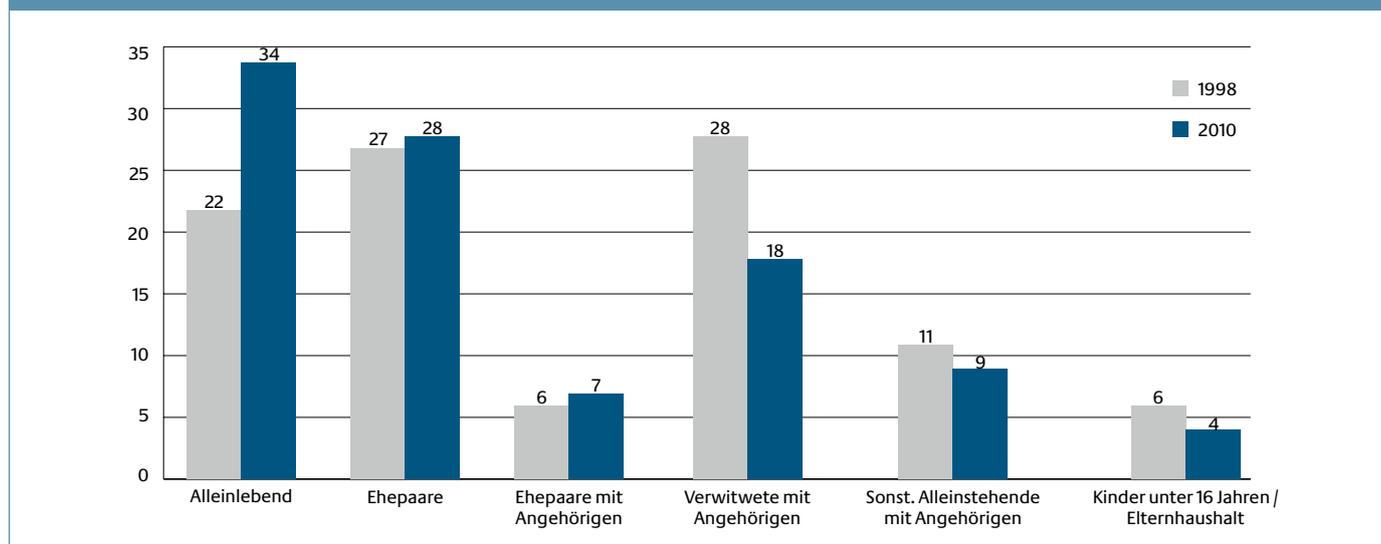
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten

	Insgesamt	bis 59 Jahre	60-79 Jahre	80 Jahre und älter
Männlich	36	52	45	24
Weiblich	64	48	55	76
Verheiratet ¹	36	26	54	27
Verwitwet	41	3	30	64
Geschieden	7	8	10	5
Ledig	16	63	6	4
Kinderlos	21	68	14	8
1 Kind	22	15	18	29
2 Kinder	29	10	35	32
3 und mehr Kinder	28	7	33	31
Alleinlebend	34	15	36	39
2-Personen-Haushalt	39	27	51	35
3-Personen-Haushalt	13	26	6	14
4 und mehr Personenhaushalt	14	32	7	12

¹ Einschließlich eingetragener Lebenspartnerschaften
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 2.2 Pflegebedürftige in Privathaushalten – Häusliche Lebensformen 1998 und 2010 (%)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Vergleicht man die aktuellen häuslichen Lebensformen der Pflegebedürftigen in Privathaushalten mit denen von 1998, so zeigt sich, dass der Anteil der Alleinlebenden in den letzten 12 Jahren um 12 Prozentpunkte gestiegen ist. Dieser Trend hat sich bereits bei der Studie zu Möglichkeiten und Grenzen der Pflege in Privathaushalten (MuG III) 2002 gezeigt.

Im gleichen Zeitraum ist der Anteil der Verwitweten, die zusammen mit Angehörigen in einem Haushalt leben, um 10 Prozentpunkte zurückgegangen. Der Anteil der Verwitweten an allen Pflegebedürftigen ist im gleichen Zeitraum nur um 3 Prozentpunkte gesunken. Es ist anzunehmen, dass dieser Wandel in den Lebensformen Pflegebedürftiger durch einen sozialen Wandel bedingt ist.

Denkbar ist, dass der Wunsch der Pflegebedürftigen, auch nach dem Tod des Partners noch möglichst lange in ihrer eigenen Wohnung zu leben, zugenommen hat. Möglicherweise spielt dabei auch der Wunsch, den Angehörigen nicht mehr als nötig zur Last fallen, ebenfalls eine Rolle. Andererseits mögen auch die Angehörigen selber darauf hinwirken, noch möglichst lange eine räumliche Distanz zu der pflegebedürftigen Person zu wahren. Dies lässt sich anhand der erhobenen Daten allerdings nicht überprüfen.

Ein weiterer Grund für die Zunahme der 1-Personen-Haushalte unter den Pflegebedürftigen dürfte ebenfalls darin liegen, dass die Leistungen der Pflegeversicherung und der Ausbau der wohnortnahen Versorgungsstrukturen diese Lebensform zunehmend erleichtern.

Neben den verwitweten Pflegebedürftigen, die mit 69 Prozent die Mehrheit der Alleinlebenden stellen, umfasst diese Gruppe auch Menschen mit Behinderung, die – z. T. mit Unterstützung persönlicher Assistenzkräfte – in ihrer eigenen Wohnung leben, und so ein in höherem Maße selbstbestimmtes Leben verwirklichen können.

Der Anteil der Pflegebedürftigen, die alleine leben, ist in der Pflegestufe I mit 38 Prozent zwar am höchsten, doch auch von den Pflegebedürftigen in Privathaushalten, die in Pflegestufe II eingruppiert sind, leben 30 Prozent alleine und selbst in der Pflegestufe III sind es noch 17 Prozent. Welche häuslichen Pflegearrangements hinter dieser Lebensform stehen, wird in Abschnitt 2.9 beschrieben.

2.2. Finanzielle Situation und Sozialhilfeabhängigkeit

2.2.1. Einkommen

Sozialpolitisch ist die Frage von Interesse, inwieweit sich die Nettoeinkommen der Haushalte, in denen Pflegebedürftige leben, von den durchschnittlichen Nettoeinkommen der Haushalte in Deutschland insgesamt unterscheiden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Leistungen der Pflegeversicherung nicht als unmittelbare Bestandteile der Einkommen, die im Haushalt verfügbar sind, mitgezählt werden sollten. Die Leistungen der Pflegeversicherung werden entweder als monatliches Pflegegeld oder in Form von professionellen Pflegeleistungen beziehungsweise als eine Mischung von Beidem gewährt. Da es wenig Sinn macht, eine reine Geldleistung

mit der Höhe einer in Geldwert ausgedrückt „formal teureren“ Sachleistung zu vergleichen, wurde im Rahmen der Repräsentativerhebung darauf verzichtet, die Leistungen der Pflegeversicherung in das vorhandene Haushaltsnettoeinkommen einzurechnen⁴. Verglichen werden an dieser Stelle die Ergebnisse in privaten Pflegehaushalten mit den Ergebnissen zu den Haushaltsnettoeinkommen der Privathaushalte insgesamt, die wir im Rahmen der Infratest-Mehrthemenbefragungen erhoben haben. Da die Infratest-Mehrthemenbefragungen in der vorliegenden Studie als Ausgangsstichprobe zur repräsentativen Identifikation von Pflegehaushalten genutzt wurden, sind die Ergebnisse hinsichtlich des Stichprobenzugangs unmittelbar vergleichbar.

Insgesamt betrachtet unterscheiden sich die Haushaltsnettoeinkommen von Pflegehaushalten getrennt nach alten und neuen Bundesländern nur unwesentlich von den Einkommen aller privaten Haushalte (Tabelle 2.2). Bemerkenswert ist allerdings, dass Pflegebedürftige weniger häufig in Haushalten mit geringeren Einkommen unter 400 bzw. unter 750 Euro leben. Dies hängt vorrangig damit zusammen, dass Pflegebedürftige weniger häufig alleine leben und von daher häufiger in etwas größeren Haushalten mit relativ höheren Nettoeinkommen anzutreffen sind. Ähnliches gilt für die sonstigen Abweichungen zwischen Pflegehaushalten und Privathaushalten insgesamt. Die Einkommensunterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern entsprechen ebenfalls dem gesellschaftlichen Gesamtbild. Nominal betrachtet, also ohne Berücksichtigung der regional unterschiedlichen Preisniveaus, sind die Netto-Einkommen der Haushalte aus den alten Bundesländern generell und auch bei den Haushalten von Pflegebedürftigen in der Tendenz etwas höher, als die Einkommen in den neuen Bundesländern.

In der nationalen und europäischen Armutsforschung hat sich mittlerweile eine Definition von Armut etabliert, die Armut relativ zum Durchschnittseinkommen in der jeweiligen Gesellschaft definiert und damit verstärkt die Teilhabechancen in den Vordergrund rückt. Im Rahmen der Repräsentativerhebung liegen allerdings keine Angaben zur genauen Verteilung der Einkommen der Gesamtbevölkerung vor. Die für den Einkommensvergleich verwendeten und im Rahmen der Infratest-Mehrthemenbefra-

⁴Darüber hinaus sprechen auch inhaltliche Gründe für dieses Vorgehen. Die Leistungen der Pflegeversicherung dienen vorrangig dazu, den pflegebedingten Zusatzaufwand im Haushalt auszugleichen. Eine pauschale Bewertung z. B. der Geldleistung als „zusätzliches Einkommen“ ist auch deshalb eher irreführend.

Tab. 2.2 Haushaltsnettoeinkommen von Pflegehaushalten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung nach alten und neuen Bundesländern (%)Basis: Privathaushalte mit Pflegebedürftigen / Gesamtbevölkerung. Nur Fälle mit gültigen Angaben²

	West		Ost	
	Pflegehaushalte	Haushalte insgesamt ¹	Pflegehaushalte	Haushalte insgesamt ¹
unter 400 Euro	0	2	0	3
400 b. u. 750 Euro	4	7	7	11
750 b. u. 1.500 Euro	33	27	44	36
1.500 b. u. 2.000 Euro	18	21	23	20
2.000 b. u. 2.500 Euro	15	15	11	12
2.500 b. u. 3.000 Euro	9	10	6	8
3.000 b. u. 4.000 Euro	13	10	6	6
4.000 b. u. 5.000 Euro	5	5	1	2
5.000 Euro und mehr	3	3	2	2

¹ Einkommensschichtung gemäß den Ergebnissen der Infratest-Mehrthemenbefragung (11/2009-5/2010)² Keine Angabe: Pflegehaushalte: West – 7 Prozent, Ost – 14 Prozent. Haushalte insgesamt: West – 3 Prozent, Ost – 10 Prozent
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010**Tab. 2.3 Haushaltsnettoeinkommen von Pflegehaushalten¹ nach der Größe des Haushalts (%)**

Basis: Privathaushalte mit Pflegebedürftigen

	Insgesamt	Pflegehaushalte			
		Ein-Personen-Haushalte	Zwei-Personen-Haushalte	Drei-Personen-Haushalte	Vier u.m-Personen-Haushalte
unter 500 Euro	1	2	0	0	0
500 b. u. 750 Euro	4	9	2	1	3
750 b. u. 1.000 Euro	11	22	7	3	1
1.000 b. u. 1.250 Euro	15	25	14	6	3
1.250 b. u. 1.500 Euro	7	9	9	5	2
1.500 b. u. 1.750 Euro	14	15	16	15	6
1.750 b. u. 2.000 Euro	4	1	6	5	6
2.000 b. u. 2.500 Euro	14	5	18	14	21
2.500 b. u. 3.000 Euro	8	2	7	17	14
3.000 b. u. 4.000 Euro	10	3	11	18	20
4.000 b. u. 5.000 Euro	4	1	3	5	12
5.000 Euro und mehr	2	1	1	5	9
Keine Angabe	6	5	6	6	3

¹ Für die Pflegehaushalte liegt anders als bei der Infratest-Mehrthemenbefragung (Tab. 2.2) eine etwas differenziertere Einkommensschichtung vor
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

gungen erhobenen Daten können dafür nicht verwendet werden, da das Einkommen dort nur in Form von wenigen Größenklassen erhoben wurde und damit für die Berechnung der Armutsrisikoschwelle nicht geeignet ist. Denkbar wäre es, auf Daten aus der nationalen Armuts- und

Reichtumsberichterstattung zurückzugreifen. Doch auch dies ist aus methodischen Gründen kein gangbarer Weg, da hier ein ganz anderer Einkommensbegriff verwendet wird als in der vorliegenden Repräsentativerhebung. So werden die einzelnen Einkommensarten einschließlich

der Transferleistungen zu einem großen Teil einzeln erfasst. Darüber hinaus wird bei der Einkommensberechnung u. a. eine unterstellte Miete bei selbstgenutztem Haus- und Wohneigentum berücksichtigt. Eine solch detaillierte Einkommenserhebung war im Rahmen der Pflegestudie nicht möglich.

Bezieht man sich trotzdem auf die in der internationalen Armutsforschung inzwischen gängigen Grenzwerte, so betrug laut SOEP (Sozio-oekonomisches Panel) der Median der nominalen bedarfsgewichteten Haushalts-Nettoeinkommen zuletzt im Jahr 2008 1.542 Euro pro Monat. Für einen Ein-Personenhaushalt ergibt sich damit eine Armutsrisikoschwelle von 925 Euro (weniger als 60 Prozent des bedarfsgewichteten Medianeinkommens), für einen Zwei-Personen-Haushalt in Abhängigkeit von der Zusammensetzung (Alleinerziehend mit Kind bis 14 Jahre oder Paar ohne Kinder) eine Schwelle von 1.203 oder 1.388 Euro, für einen Drei-Personen-Haushalt (Paar mit einem Kind bis 14 Jahre oder Haushalt ohne Kinder) eine Schwelle von 1.665 Euro oder 1.850 Euro und für einen Vier-Personen-Haushalt ohne Kinder eine Schwelle von 2.313 Euro (Grabka und Frick, 2010).

Differenziert man die Haushalte von Pflegebedürftigen nach der Größe, so wird sichtbar, dass ein nicht unerheblicher Anteil über ein Einkommen verfügt, das nur vergleichsweise wenig über der Armutsrisikogrenze liegt. 11 Prozent der alleinlebenden Pflegebedürftigen verfügen über weniger als 750 Euro und zusammen genommen etwa ein Drittel über weniger als 1.000 Euro im Monat. Auch wenn hierbei weder das Pflegegeld der Pflegeversicherung oder der Sachleistungswert sowie keine sonstigen geldwerten Vorteile bei selbstgenutztem (familiären) Wohneigentum berücksichtigt sind und höchstwahrscheinlich auch private familiäre Transfers deutlich unterschätzt werden, so ist die Nähe zur Armutsrisikoschwelle von 925 Euro doch markant. Vergleichbares gilt für Pflegebedürftige in Zwei-Personen-Haushalten, von denen knapp ein Viertel weniger als 1.250 Euro sowie insgesamt knapp ein Drittel über weniger als 1.500 Euro verfügen. Bei den Drei-Personenhaushalten sind 15 Prozent mit weniger als 1.500 Euro sowie zusammen genommen 30 Prozent mit weniger als 1.750 Euro, während bei den Vier- und mehr-Personen-Haushalten 21 Prozent weniger als 2.000 Euro und dann insgesamt 42 Prozent weniger als 2.500 Euro Haushaltsnettoeinkommen im Monat haben. Auch wenn, wie dargestellt, die bedarfsgewichteten Einkommensschwelle im Rahmen der Repräsen-

tativerhebung nicht exakt nachgebildet werden können, so wird doch sichtbar, wie nahe die Einkommen bei einem Teil der Pflegehaushalte um die Armutsrisikoschwelle streuen.

Versicherungsstatus

91 Prozent der Pflegebedürftigen sind in der sozialen Pflegeversicherung und neun Prozent in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert. Lediglich drei Prozent der Pflegebedürftigen haben eine private Pflegezusatzversicherung abgeschlossen. Der geringe Anteil könnte mit dem überdurchschnittlich hohen Alter der Pflegebedürftigen zusammenhängen.

2.2.2. Sozialhilfe und existenzsichernde Leistungen

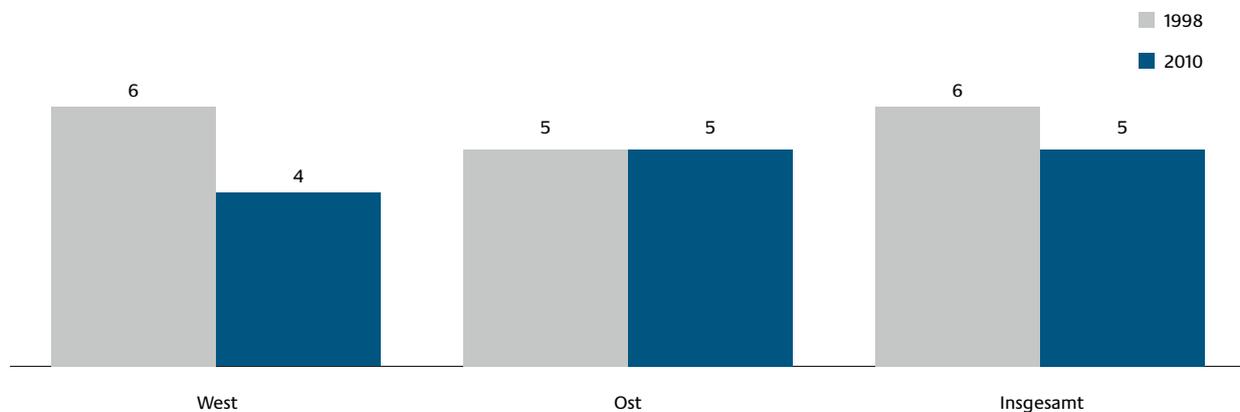
Hilfe zur Pflege

Leistungen der Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII werden als Sozialhilfe neben den Leistungen der Pflegeversicherung in den Pflegestufen I bis III nur dann gewährt, wenn im Einzelfall ein zusätzlicher Pflegebedarf besteht, der nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen finanziert werden kann, oder wenn eine pflegebedürftige Person nicht pflegeversichert ist und aus diesem Grund keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat. Im Rahmen der Bedürftigkeitsprüfung gelten hierbei höhere Schwellenwerte, als bei der Bemessung des Anspruchs auf existenzsichernde Leistungen. Gegenüber den Leistungen nach dem SGB XI ist die Hilfe zur Pflege nachrangig. Entsprechend gering sind mit vier Prozent in den alten und fünf Prozent in den neuen Bundesländern die Anteile der Pflegebedürftigen in Privathaushalten, die neben den Leistungen der Pflegeversicherung laufende Hilfe zur Pflege in Form von Geld- oder Sachleistungen erhalten. 1998 war der Anteil in den alten Bundesländern mit sechs Prozent noch etwas höher. Der Anteil in den neuen Bundesländern blieb unverändert.

Noch seltener als laufende Leistungen der Hilfe zur Pflege werden einmalige Leistungen und Zuschüsse in Anspruch genommen. Lediglich zwei Prozent der Pflegebedürftigen in den alten und drei Prozent der Pflegebedürftigen in den neuen Bundesländern erhalten diese eher unregelmäßigen Leistungen der Sozialhilfe.

Neben den Leistungen der Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII sieht das sechste Kapitel des SGB XII in den §§ 53 ff. speziell für behinderte Menschen zusätzlich Leistungen der Eingliederungshilfe vor. Die Inanspruchnahme dieser

Abb. 2.3 Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz*
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten



* Hilfe zur Pflege, ohne sonstige laufende Hilfe zum Lebensunterhalt, SGB XII und Kriegsopferfürsorge

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Leistungen wurde in der vorliegenden Studie nicht erfasst.

Existenzsichernde Leistungen

Jeweils acht Prozent der Pflegehaushalte in den alten und den neuen Bundesländern sind nach den Ergebnissen der Repräsentativerhebung zur Finanzierung ihres Lebensunterhalts auf existenzsichernde Sozialleistungen wie Grundsicherung, Arbeitslosengeld II, Sozialgeld oder Sozialhilfe angewiesen und gelten damit als arm⁵.

Im Rahmen der Infratest-Mehrthemenbefragungen liegen hierzu keine vergleichbaren Ergebnisse vor. Bezieht man sich stattdessen auf den amtlichen Mikrozensus, so wird für das Jahr 2009 ein Anteil von 7,6 Prozent aller Privathaushalte ausgewiesen, in denen der Haupteinkommensbezieher seinen überwiegenden Lebensunterhalt aus Arbeitslosengeld I, Hartz IV oder Laufender Hilfe zum Lebensunterhalt bezieht. (Statistisches Bundesamt, 2010b, S. 19). Die Ergebnisse des Mikrozensus sind allerdings nur bedingt mit den Erhebungsergebnissen vergleichbar. In den Auswertungen zum Mikrozensus mit enthalten ist an dieser Stelle ebenfalls der Bezug von Arbeitslosengeld I. Darüber hinaus wird auf den überwiegenden Lebensunterhalt des Haupteinkommensbezieher im Haushalt abgestellt. Tatsächlich dürfte der Anteil der Haushalte mit ausschließlich existenzsichernden Leistungen etwas geringer ausfallen.

⁵ Trotz der in der Erhebung vorgenommenen Unterscheidung von Sozialhilfe als Hilfe zur Pflege und von sonstigen existenzsichernden Leistungen kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Auskunftgeber diese Transfers nicht immer korrekt auseinander halten konnten.

2.3. Pflegebedarf

Pflegestufen

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Je nach Grad der Hilfebedürftigkeit werden drei Pflegestufen unterschieden:

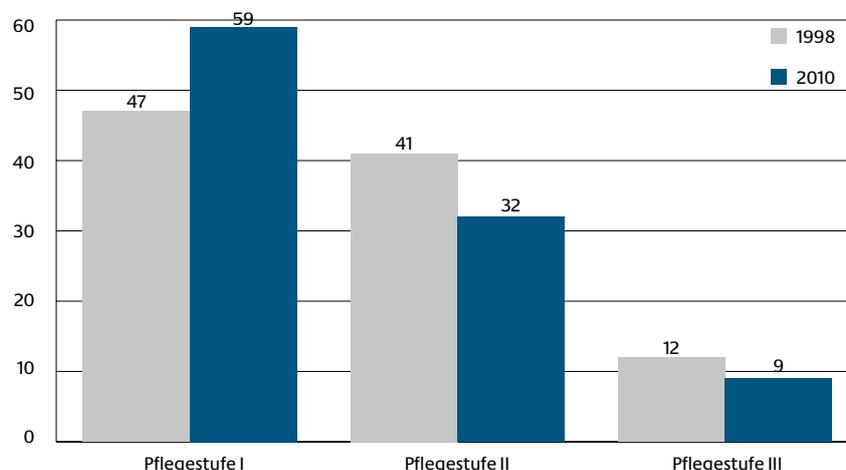
Pflegebedürftige der Pflegestufe I sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand muss im Durchschnitt mindestens 90 Minuten täglich betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen. Pflegebedürftige der Pflegestufe II sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand muss im Durchschnitt mindestens drei Stunden täglich

betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen. Pflegebedürftige der Pflegestufe III sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand muss mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen. In besonders gelagerten Einzelfällen können Pflegebedürftigen der Pflegestufe III nach § 36 Abs. 4 SGB XI als sogenannte „Härfälle“ anerkannt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muss.

Die überwiegende Zahl der Pflegebedürftigen in Privathaushalten ist in Pflegestufe I eingruppiert, etwa ein Drittel in Pflegestufe II und neun Prozent in Pflegestufe 3. Zwei Prozent derjenigen, die in Pflegestufe III eingruppiert sind, wurden als sogenannte „Härfälle“ anerkannt. Im Vergleich zu 1998 ist der Anteil der Pflegebedürftigen, die in Pflegestufe I eingruppiert sind, um 12 Prozentpunkte gestiegen. Der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II ist hingegen um 9 Prozentpunkte und in der Pflegestufe III um 3 Prozentpunkte gesunken.

Abb. 2.4 Eingruppierung in Pflegestufen 1998 und 2010 (%)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten



Tab. 2.4 Gründe für die Pflegebedürftigkeit (Mehrfachnennungen, %)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten

	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Vorhandene körperliche Beeinträchtigungen	90	90	91	88
Starke Sinnesbehinderung	21	21	18	30
Schwere geistige Behinderung oder sonstige seelische Erkrankung	22	19	23	34
Starker geistiger Abbau	38	31	43	58

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Bei den Gründen, die für die Pflegebedürftigkeit mitverantwortlich sind, stehen körperliche Beeinträchtigungen über alle Pflegestufen hinweg mit großem Abstand an der Spitze. Der Anteil der Pflegebedürftigen in Privathaushalten, bei denen ein starker geistiger Abbau zu der Pflegebedürftigkeit beigetragen hat, steigt mit zunehmender Pflegestufe. Starke Sinnesbehinderungen und schwere geistige Behinderungen oder sonstige seelische Erkrankungen sind in der Pflegestufe III häufiger für die Pflegebedürftigkeit verantwortlich als in den Pflegestufen I und II.

Erhebliche Einschränkungen bei der Alltagskompetenz

Neben einem Hilfebedarf bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung kann auch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung im Sinne des § 45a SGB XI bestehen. Dies ist dann der Fall, wenn demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz führen.

Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 1. Januar 2002 hat den Leistungskatalog der Pflegeversicherung um Leistungen speziell für diesen Personenkreis ergänzt. Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 wurden die Leistungen erhöht und der anspruchsberechtigte Personenkreis erweitert. Entsprechende Leistungen der Pflegeversicherung können jetzt nicht nur Pflegebedürftige erhalten, die in eine der drei Pflegestufen eingruppiert sind, sondern auch Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht. Der Umfang der Leistungen wurde von 460 Euro im Jahr auf 100 Euro im Monat bei erheblich eingeschränk-

ter Alltagskompetenz bzw. 200 Euro im Monat bei einer in erhöhtem Maße eingeschränkten Alltagskompetenz angehoben (zur Inanspruchnahme der Leistungen siehe Abschnitt 2.4.5).

Seit 1.1.2002 wird im Rahmen der Begutachtung durch den MDK automatisch geprüft, ob eine eingeschränkte Alltagskompetenz besteht. Das Begutachtungsverfahren umfasst zwei Stufen, ein Screening und ein Assessment. Grundlage sind die Begutachtung nach §§ 14, 15 SGB XI und hier insbesondere die Begutachtungsrichtlinien zu „Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Menschen mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen“. Die entsprechende Befunderhebung umfasst Schädigungen, vorhandene Ressourcen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens.

Mit dem Screening wird bei Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung anhand der Befunde geprüft, ob zu den Punkten „Orientierung“, „Antrieb/Beschäftigung“, „Stimmung“, „Gedächtnis“, „Tag-/Nacht-Rhythmus“, „Wahrnehmung und Denken“, „Kommunikation/Sprache“, „Situatives Anpassen“ und „Soziale Bereiche des Lebens“ jeweils eine Auffälligkeit besteht. Liegt mindestens eine Auffälligkeit vor, die ursächlich auf demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderung oder psychische Erkrankungen zurückzuführen ist und ergibt sich hieraus ein regelmäßiger und dauerhafter, d. h. voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehender Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf, so wird das Assessment erstellt.

Im Rahmen des Assessments wird geprüft, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist. Hierzu werden krankheits- und behinderungsbedingte kognitive Störungen (Wahrnehmen und Denken) sowie Störungen des Affekts und des Verhaltens anhand von 13 im Gesetz abschließend definierten Items erfasst:

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen
4. Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
5. Im situativen Kontext inadäquates Verhalten
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen
12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten
13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression

Eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz wird dann anerkannt, wenn mindestens bei zwei der genannten Items ein „Ja“ angegeben wird, davon wenigstens eines bei den Items 1 bis 9. Eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz liegt dann vor, wenn zusätzlich zu diesen Voraussetzungen bei einem weiteren Item aus den Bereichen 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 ein „Ja“ angegeben wird.

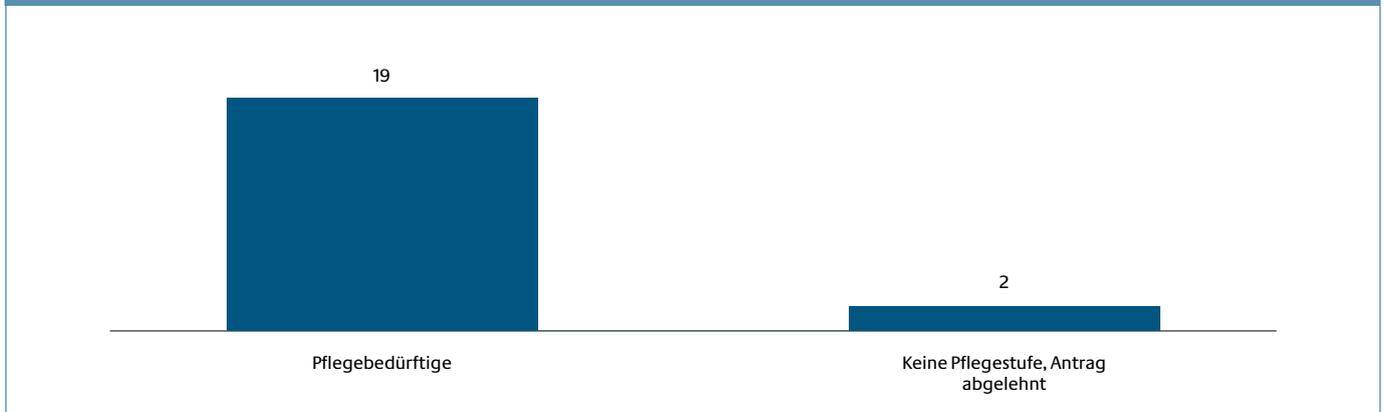
Über die sogenannten „Altfälle“ entscheidet die Pflegekasse anhand der vorliegenden Unterlagen, soweit dies möglich ist. Bei Bedarf wird der MDK eingeschaltet (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2009).

Nach den Ergebnissen der Repräsentativerhebung wurde bei 19 Prozent der Pflegebedürftigen in Privathaushalten, die in eine Pflegestufe eingruppiert sind, neben dem Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung zusätzlich ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung anerkannt (Erhebliche eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI). Hinzu kommen 2 Prozent derjenigen Personen, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt hatten, ohne hierbei die Voraussetzungen für eine Eingruppierung in einer der drei Pflegestufen zu erfüllen (Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht). Dieser vergleichsweise geringe Anteil weist darauf hin, dass Pflegebedürftige, die einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben, in der Regel auch in größerem Umfang Unterstützung bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen und von daher auch bisher schon Leistungsbezieher der Pflegeversicherung waren. Hierfür spricht auch, dass der Anteil der Pflegebedürftigen, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz anerkannt ist, in der Pflegestufe III erheblich höher ist als in den Pflegestufen I und II.

Die Anteile der Pflegebedürftigen, bei denen eine eingeschränkte Alltagskompetenz anerkannt wurde, unterscheiden sich nur gering zwischen denjenigen, die seit 2002 pflegebedürftig wurden (20 Prozent) und denjenigen, bei denen die Pflegebedürftigkeit vor 2002 eintrat (17 Prozent).

Betrachtet man an dieser Stelle als Referenz die Begutachtungsergebnisse der MDKs bei den Erstantragstellern zur eingeschränkten Alltagskompetenz, so zeigt sich,

Abb. 2.5 Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach Einstufung des MDK (%)
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten und Personen, deren Antrag auf Leistungen der Pflegestufen I – III abgelehnt wurde.



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tab. 2.5 Pflegebedarf in der Nacht (%)
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten

	Insgesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz
Niemals	28	36	20	6	13
Selten	19	21	19	8	13
Ab und an in der Woche	24	23	27	19	28
So gut wie jede Nacht	29	20	34	67	46

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

dass der MDK bei 27 Prozent der im Jahr 2009 neu begutachteten häuslich betreuten Pflegebedürftigen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt hat. Bei denjenigen, die keine Pflegestufenempfehlung erhalten haben und damit nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, gilt dies für 13 Prozent (MDS 2010, S. 10 und S. 32). Bei Erstantragstellern mit Pflegestufe I liegt die PEA-Quote (Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz) bei 25 Prozent, in Pflegestufe II bei 41 Prozent und in Pflegestufe III bei 51 Prozent. Diese Angaben sind allerdings nicht direkt mit den Ergebnissen der Repräsentativerhebung vergleichbar. Die Daten des MDS basieren auf den Erstbegutachtungen in einem bestimmten Zeitraum, die Daten der Repräsentativerhebung beruhen auf den Angaben der Pflegebedürftigen bzw. der Angehörigen zu

einem bestimmten Zeitpunkt. Die MDS-Ergebnisse lassen der Tendenz nach aber trotzdem den Schluss zu, dass der Anteil der Pflegebedürftigen mit begutachteter eingeschränkter Alltagskompetenz in der Repräsentativerhebung eher unterschätzt wird. Den Auskunftgebern ist im Unterschied zur Pflegestufe eine ggf. im Rahmen der Begutachtung zusätzlich anerkannte eingeschränkte Alltagskompetenz offenbar nicht immer so präsent⁶.

Pflegebedarf in der Nacht

Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen benötigen mindestens ab und an in der Woche pflegerische Hilfen während der Nacht, 29 Prozent erhalten so gut wie jede Nacht Unterstützung. Der Bedarf an nächtlicher Betreuung steigt mit zunehmender Pflegestufe. Von den Pflegebedürftigen in Pflegestufe III benötigen zwei Drittel so gut wie jede Nacht pflegerische Hilfen. Überdurchschnittlich hoch ist der Bedarf auch bei denjenigen mit anerkannter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. 46 Prozent von ihnen benötigen nahezu jede Nacht Unterstützung.

⁶ Fragt man stattdessen danach, wodurch der Pflegebedarf verursacht ist, so wird in der Repräsentativerhebung für 45 Prozent der Pflegebedürftigen und dabei für 37 Prozent in Stufe I, für 50 Prozent in Stufe II und sogar für 71 Prozent in Stufe III auf vorhandene geistig-psychische Störungen verwiesen.

2.4. Pflege und Versorgung in Privathaushalten

2.4.1. Häusliche Pflegearrangements

Pflegebedürftige in Privathaushalten werden in der Regel durch eine oder mehrere private Pflegepersonen betreut. Lediglich sieben Prozent der Pflegebedürftigen erhalten keinerlei Unterstützung durch Angehörige oder Bekannte, in der Pflegestufe III gilt dies nur für ein Prozent der Pflegebedürftigen. In diesem Fall wird die Versorgung ausschließlich von professionellen Pflegediensten erbracht.

Der leichte Anstieg von vier auf sieben Prozent Pflegebedürftige, die keine privaten Helfer haben, korrespondiert mit dem ebenfalls gewachsenen Anteil von alleinlebenden Pflegebedürftigen. In Ausnahmesituationen lässt sich die Pflege offenbar auch ohne private Hilfspersonen bewältigen.

Im Vergleich zu 1998 hat die Zahl der Pflegebedürftigen, die von nur einer privaten Pflegeperson gepflegt werden, leicht zugenommen, und es sind etwas seltener drei und mehr Privatpersonen an der Pflege beteiligt. Absolut betrachtet ist mit der Zahl der Pflegebedürftigen im letzten Jahrzehnt trotz demografischen und sozialen Wandel auch die Zahl der privaten Helfer weiter angestiegen. Im

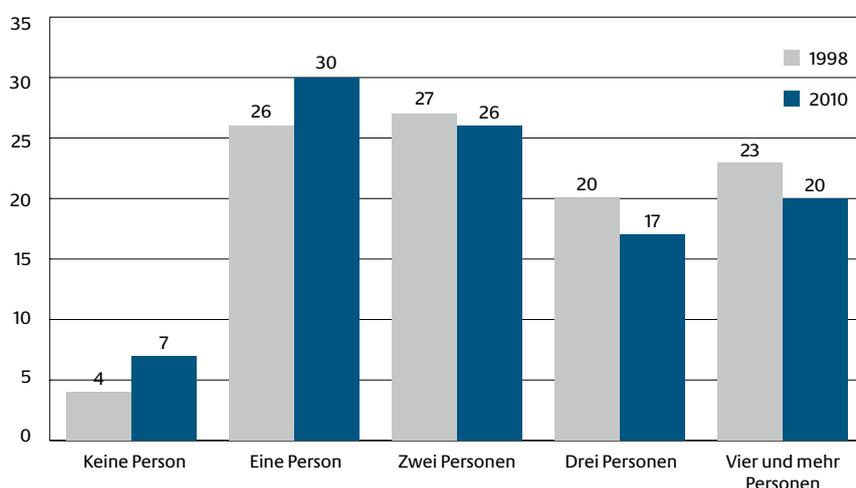
einzelnen Pflegehaushalt stehen allerdings etwas weniger Personen zur Verfügung.

Die Hauptverantwortung in der Pflege tragen ganz überwiegend enge Familienangehörige, und dies gilt heute noch einmal mehr als vor 12 Jahren. Etwas mehr als ein Drittel der Pflegebedürftigen in Privathaushalten wird jeweils vorrangig durch die eigenen Kinder oder den (Ehe-)Partner bzw. die (Ehe-)Partnerin betreut. Im Vergleich zu 1998 ist der Anteil derjenigen, die durch die eigenen Kinder betreut werden, um acht Prozentpunkte gestiegen. Bemerkenswert ist, dass sich der Anteil der Pflegebedürftigen, die in erster Linie durch ihren Sohn betreut werden, seit 1998 verdoppelt hat.

Eine weitere Änderung im Vergleich zu 1998 fällt auf. Die Hauptpflegepersonen leben heute seltener mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt als vor 12 Jahren. Dabei wird das Zusammenleben maßgeblich durch das Verwandtschaftsverhältnis bestimmt.

Während 98 Prozent der pflegenden (Ehe-)Partner und (Ehe-)Partnerinnen sowie 92 Prozent der pflegenden Eltern mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt leben, trifft dies nur auf 45 Prozent der Kinder zu, die ihre Eltern hauptverantwortlich pflegen. Dies ist allerdings nur selten mit einer größeren räumlichen Distanz verbunden. Die Ergebnisse der Studie zu Möglichkeiten und Grenzen der Pflege in Privathaushalten (MuG III) von 2002 weisen darauf hin, dass Hauptpflegepersonen, die

Abb. 2.6 Zahl der an der Pflege beteiligten Privatpersonen 1998 und 2010 (%)
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten



Tab. 2.6 Verwandtschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person 1998 und 2010 (%)

Basis: Hauptpflegepersonen Pflegebedürftiger in Privathaushalten.

	1998	2010
Verwandtschaftsverhältnis		
(Ehe-)Partnerin	20	19
(Ehe-)Partner	12	15
Tochter	23	26
Sohn	5	10
Schwiegertochter	10	8
Schwiegersohn	0	1
Mutter	11	10
Vater	2	1
Sonstige Verwandte	10	4
Nachbar/-innen / Bekannte	7	6
Wohnort		
Gleicher Haushalt	73	66
Getrennter Haushalt	27	34

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

nicht mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt wohnen, oft doch zumindest in der Nähe leben, sei es im selben Haus oder in einer Entfernung von maximal 10 Minuten (Schneekloth, 2006).

Private häusliche Pflege wird nach wie vor überwiegend durch Frauen geleistet. Der Anteil der Männer ist aber in den vergangenen 12 Jahren gestiegen. Während 1998 nur ein Fünftel der Hauptpflegepersonen männlich war, beträgt ihr Anteil heute schon mehr als ein Viertel. Dies dürfte auch ein Effekt der Pflegeversicherung sein. Die Nutzung von professionellen Pflegeeinsätzen als sogenannte Sachleistungen entlastet die pflegenden Angehörigen bei der Grundpflege. Dies dürfte es insbesondere Männern erleichtert haben, die Rolle einer privaten Hauptpflegeperson zu übernehmen.

Die Mehrheit der Hauptpflegepersonen ist 55 Jahre oder älter. Nur ein geringer Teil ist jünger. Knapp ein Drittel ist 65 Jahre und älter, und neun Prozent zählen zu den Hochaltrigen. Im Zeitverlauf ist der Anteil der Hauptpflegepersonen unter 40 Jahre um sieben Prozentpunkte gesunken und demgegenüber der Anteil bei den 40-54-Jährigen

Tab. 2.7 Soziodemografische Merkmale der Hauptpflegepersonen (%)

Basis: Hauptpflegepersonen in Privathaushalten mit pflegebedürftiger Person

	1998	2010
Geschlecht		
Männlich	20	28
Weiblich	80	72
Alter		
unter 20 Jahre	0 ¹	–
20–39 Jahre	15	8
40–54 Jahre	28	33
55–64 Jahre	25	26
65–79 Jahre	27	24
80 Jahre und älter	5	9
Familienstand		
Verheiratet ²	80	74
Verwitwet	8	6
Geschieden	4	10
Ledig	8	10
Mit Kindern³		
unter 6 Jahren	6	5
von 6–13 Jahren	10	10
von 14–17 Jahren	10	10
ab 18 Jahren	66	69
ohne Kinder	16	18

¹ 0 = < 0,5%.

² 2010 einschließlich eingetragener Lebenspartnerschaften.

³ Das pflegebedürftige Kind wurde nicht mitgezählt.

Mehrfachnennungen bei mehr als einem Kind möglich.

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

gestiegen. Gestiegen ist auch der Anteil der über 80-Jährigen, die eine pflegebedürftige Person betreuen.

Wie bei der beschriebenen Altersstruktur nicht anders zu erwarten, sind rund drei Viertel der Hauptpflegepersonen verheiratet. Dies ist etwas weniger als 1998. Gestiegen ist seit 1998 der Anteil derjenigen, die geschieden sind. Der Anteil der Hauptpflegepersonen, die Kinder unter 14 Jahren haben, ist mit 12 Prozent relativ gering. Lediglich fünf Prozent der Hauptpflegepersonen haben noch ein Kind unter sechs Jahren⁷. Hier sind keine nennenswerten Änderungen zu 1998 zu verzeichnen.

⁷ Das pflegebedürftige Kind wurde hier nicht mitgezählt.

Die Mehrheit der Hauptpflegepersonen hat vor der Übernahme der aktuellen Pflege noch keine Erfahrungen in der Pflege gehabt. Lediglich 23 Prozent der Hauptpflegepersonen konnten auf bereits bestehende Pflegeerfahrungen zurückgreifen. Die Erfahrungen wurden am häufigsten im Familien- oder Freundes- und Bekanntenkreis gesammelt. 12 Prozent der Hauptpflegepersonen bringen Pflegeerfahrung aus ihrer beruflichen Tätigkeit mit und vier Prozent aus einer ehrenamtlichen Tätigkeit.

2.4.2. Zeitaufwand und empfundene Belastung

Im Durchschnitt wenden die privaten Hauptpflegepersonen für die Betreuung der Pflegebedürftigen 37,5 Stunden auf. Dabei steigt der durchschnittliche Zeitaufwand mit der Pflegestufe. Doch auch innerhalb der einzelnen Pflegestufen weisen die Zeiten eine hohe Spannweite auf. Wie stark die Hauptpflegeperson bei der Betreuung gefordert ist, hängt nicht zuletzt davon ab, wie viele private Personen insgesamt an der Pflege beteiligt sind und in welchem Maße eine Unterstützung durch professionelle Pflegekräfte genutzt wird.

Vergleicht man den Zeitaufwand der Hauptpflegepersonen im Zeitablauf, so fällt auf, dass der zeitliche Aufwand in den Pflegestufen I und II gesunken ist. Gründe hierfür sind Änderungen in der Struktur der häuslichen Pflegearrangements, die nicht zuletzt auf die Leistungen der Pflegeversicherung zurückzuführen sind. So werden verstärkt Sachleistungen in Anspruch genommen, die Hauptpflegepersonen sind häufiger als noch 1998 erwerbstätig und sie wohnen seltener im selben Haushalt (siehe nachfolgende Abschnitte).

Ein Teil der Pflegeetätigkeiten fällt jeweils routinemäßig zu bestimmten Tageszeiten an und lässt sich relativ gut in den Tagesablauf integrieren und planen. Häufig sind darüber hinaus jedoch eine fortlaufende Unterstützung in Alltagsdingen und eine emotionale Begleitung notwendig. Dies gilt ganz besonders bei schwerstpflegebedürftigen Personen und bei Personen, deren Pflegebedürftigkeit mit einer psychischen Erkrankung oder einem starken geistigen Abbau verbunden ist. Hier ist oft eine permanente Einsatzbereitschaft gefordert. Auch wenn Hauptpflegepersonen nicht ständig mit der Pflege und Betreuung beschäftigt sind, so müssen sie doch oft rund um die Uhr für die pflegebedürftige Person verfügbar sein.

Entsprechend ist die Pflege für die Mehrheit der Hauptpflegepersonen mit einer eher starken oder sogar sehr starken Belastung verbunden. Nur sehr wenige Hauptpflegepersonen sind durch die Pflege gar nicht belastet. Auffällig ist, dass der Anteil derjenigen, die die Pflege als sehr stark belastend erleben, seit 1998 um 11 Prozentpunkte zurückgegangen ist. Demgegenüber sind die Anteile derjenigen, die die Pflege als eher stark belastend bzw. eher weniger belastend erleben, gestiegen. Diese Verschiebung kann einerseits durch den höheren Anteil von Pflegebedürftigen der Pflegestufe I im Vergleich zu 1998 bedingt sein, denn je höher die Pflegestufe, desto häufiger ist die Pflege mit einer sehr starken Belastung verbunden. Andererseits mögen aber auch die Leistungen der Pflegeversicherung und ihre Ausgestaltung in stärkerem Maße als noch vor 12 Jahren zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen beitragen.

Abb. 2.7 Pflegeerfahrung vor Übernahme der aktuellen Pflege (Mehrfachnennungen, %)

Basis: Hauptpflegepersonen in Privathaushalten mit pflegebedürftiger Person

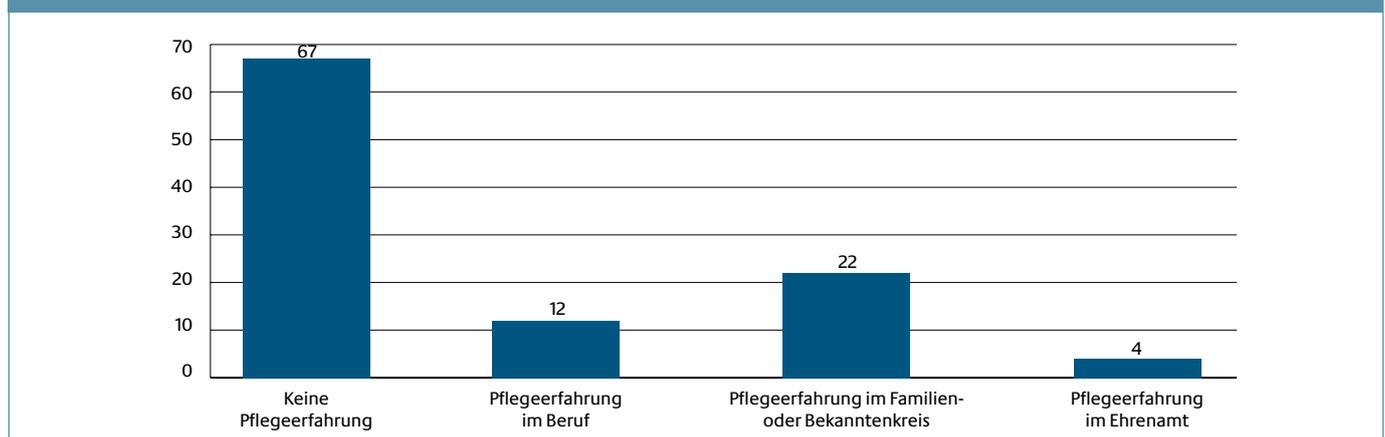
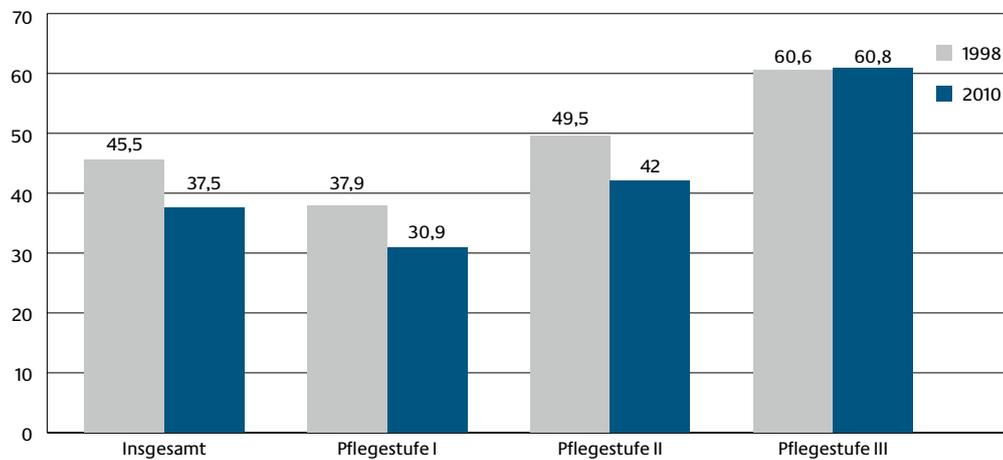
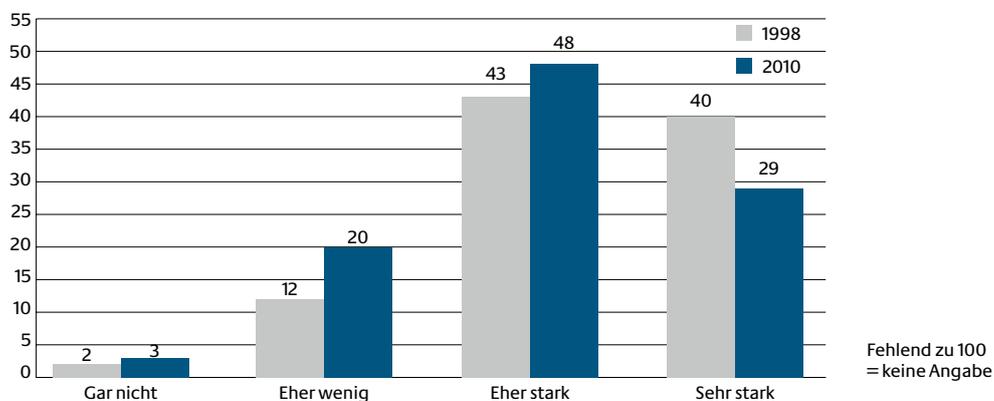


Abb. 2.8 Zeitaufwand der Hauptpflegeperson für die Pflege 1998 und 2010 (Std. pro Woche)
Basis: Hauptpflegepersonen in Privathaushalten mit pflegebedürftiger Person



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010.

Abb. 2.9 Belastung der Hauptpflegepersonen 1998 und 2010 (%)
Basis: Hauptpflegepersonen in Privathaushalten mit pflegebedürftiger Person



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Pflegekurse

Die Pflegeversicherung bietet nicht nur Leistungen für die Pflegebedürftigen, sondern auch für ihre privaten Pflegepersonen an. Eines dieser Angebote ist der Pflegekurs. Pflegepersonen haben hier die Möglichkeit, entweder in einer Gruppenschulung oder individuell zu Hause praktische Fähigkeiten zu erwerben, die ihnen die Pflege erleichtern. Darüber hinaus bieten die Gruppenschulungen auch die Möglichkeit, sich mit anderen Pflegenden auszutauschen und so weitere Unterstützung zu erfahren.

Leider ist es auch aktuell noch so, dass nur ein kleiner Teil der Hauptpflegepersonen dieses Angebot nutzt. Ledig-

lich 12 Prozent (1998: 10 Prozent) der Hauptpflegepersonen haben an einem Pflegekurs teilgenommen. Die Unterschiede zwischen den drei Pflegestufen sind dabei nur gering. An der Qualität der Angebote sollte dies nicht liegen, denn der Pflegekurs hat für 88 Prozent der Hauptpflegepersonen, die an einer solchen Schulung teilgenommen haben, die Pflege erleichtert und damit sein Ziel erreicht.

Möglicherweise sind die Pflegenden nach wie vor nicht oder nicht ausreichend über die Pflegekurse und ihren Nutzen informiert, oder sie wissen nicht, an wen sie sich wenden können, wenn sie an einem Kurs teilnehmen

möchten. Vielleicht ist die Möglichkeit der individuellen Schulung zu Hause auch noch weitgehend unbekannt. Gerade für Hauptpflegepersonen, die durch die Pflege und ihre sonstigen Verpflichtungen zeitlich stark eingespannt sind, könnte dies eine gute Alternative zu Gruppenschulungen sein. Es bietet sich daher an, von Seiten der Pflegeversicherung stärker als bisher über dieses Angebot zu informieren, sei es im Rahmen der Begutachtung durch den MDK, in den Beratungsstellen der Pflegeversicherung und anderen Institutionen oder über die ambulanten Dienste.

2.4.3. Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und privater Pflege

Private Pflege und eine eigene Erwerbstätigkeit miteinander in Einklang zu bringen, ist für viele der Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter eine große Herausforderung. Die Gründe dafür, sich dieser Herausforderung zu stellen und nach Wegen zur Vereinbarkeit von Beruf und privater Pflege zu suchen, sind vielfältig. Finanzielle Aspekte spielen dabei ebenso eine Rolle wie die sozialen Kontakte und Anerkennung am Arbeitsplatz und der Ausgleich zu der oft belastenden Pflege Tätigkeit.

Der Anteil der Hauptpflegepersonen im Alter zwischen 16 und 64 Jahren, die eine pflegebedürftige Person betreuen und gleichzeitig erwerbstätig sind, ist in den vergangenen 12 Jahren um 23 Prozentpunkte gestiegen. Dabei ist dieser Anstieg nicht in erster Linie auf eine Zunahme des Anteils geringfügig beschäftigter Hauptpflegepersonen zurückzuführen, sondern insbesondere auf einen Anstieg derjenigen, die 30 Stunden und mehr arbeiten, aber auch auf einen Anstieg der Teilzeitbeschäftigten. Diese Entwicklung ist einerseits bedingt durch die Leistungen der Pflegeversicherung, die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erleichtern. Sie ist aber auch eine Auswirkung des steigenden Anteils männlicher Hauptpflegepersonen. Diese sind etwas häufiger als weibliche Hauptpflegepersonen erwerbstätig, und sie arbeiten überwiegend Vollzeit. Während 72 Prozent der erwerbstätigen männlichen Hauptpflegepersonen zwischen 15 und 64 Jahren 30 Stunden und mehr erwerbstätig sind, gilt dies nur für 40 Prozent der erwerbstätigen weiblichen Hauptpflegepersonen.

Ob – und wenn ja, in welchem Umfang – Hauptpflegepersonen erwerbstätig sind, hängt von einer Reihe weiterer Faktoren ab. Hierzu zählen u. a. die Pflegestufe und der zeitliche Umfang, der für die Pflege benötigt wird, sowie

die Unterstützung durch andere private Pflegepersonen und professionelle Pflegekräfte.

Während Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter in den neuen Bundesländern 1998 noch häufiger erwerbstätig waren als Hauptpflegepersonen in den alten Bundesländern, bestehen 2010 nur noch Unterschiede in dem Umfang der Erwerbstätigkeit, aber nicht mehr in der Erwerbsbeteiligung. So ist in den neuen Bundesländern mehr als ein Drittel der Hauptpflegepersonen 30 Stunden und mehr erwerbstätig, in den alten Bundesländern trifft dies hingegen nur auf ein Viertel zu.

74 Prozent der Hauptpflegepersonen im Alter ab 55 Jahren, die weniger als 15 Stunden in der Woche erwerbstätig sind, beziehen eine eigene Altersrente. Der Anteil ist in den neuen Bundesländern mit 77 Prozent etwas höher als in den alten Bundesländern mit 73 Prozent.

Zum Zeitpunkt des Pflegeeintritts waren 44 Prozent aller Hauptpflegepersonen in Haushalten mit pflegebedürftiger Person nicht erwerbstätig. Von den bei Pflegebeginn erwerbstätigen Hauptpflegepersonen haben 51 Prozent ihre Erwerbstätigkeit unverändert fortgesetzt. 34 Prozent mussten ihre Erwerbstätigkeit einschränken und 15 Prozent mussten sie ganz aufgeben. Der Anteil derjenigen, die ihre Erwerbstätigkeit unverändert fortgesetzt haben, ist in den neuen Bundesländern mit 59 Prozent höher als in den alten Ländern mit 49 Prozent.

2.4.4. Kurzzeitige Freistellung von der Arbeit und Pflegezeit

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 wurden zum 1.7.2008 weitere Maßnahmen auf den Weg gebracht, die die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege erleichtern sollen.

Hierzu zählt der Anspruch auf eine kurzzeitige Freistellung von der Arbeit für bis zu 10 Arbeitstage bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen. Die Einstufung in einer der Pflegestufen I bis III ist keine Voraussetzung für diesen Anspruch. Es reicht ein offenkundiger Pflegebedarf. Entsprechend wurde die Frage nach der Inanspruchnahme bei der Repräsentativbefragung auch dann gestellt, wenn über den Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht entschieden war. Sechs Prozent der Hauptpflegepersonen, die die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen, haben sich kurzzeitig von der Arbeit freistellen lassen. In absoluten Zahlen sind dies hochgerechnet 9.000 von insgesamt 150.000 Anspruchsberechtigten⁸. Die niedrige Grundgesamtheit führt dazu, dass die Stichprobe lediglich fünf Personen umfasst, die die Freistellung genutzt haben. Daher können leider keine weitergehenden Aussagen dazu gemacht werden, ob Hauptpflegepersonen die Zeit nutzen, um die Pflege zu organisieren oder die Betreuung selber zu übernehmen.

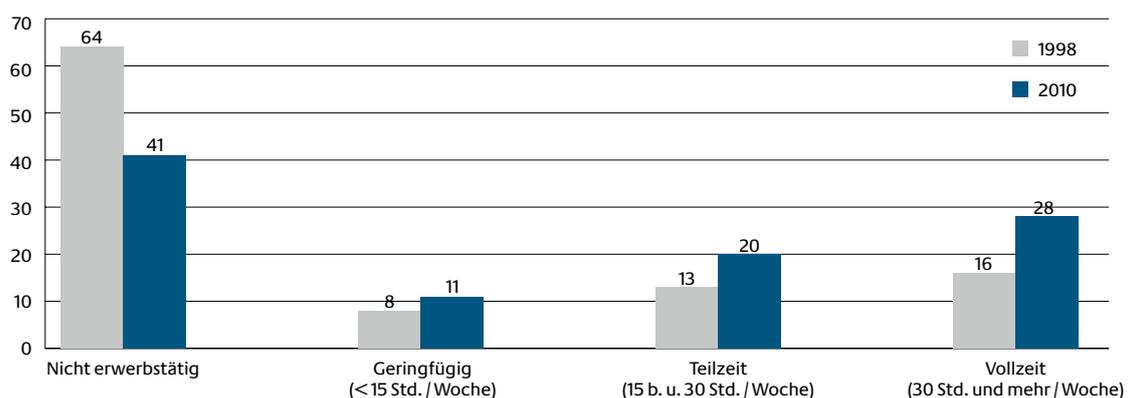
⁸Nicht eingeschlossen sind kurzfristige Freistellungen von Hauptpflegepersonen, die genutzt wurden, um eine akut aufgetretene Verschlechterung des Zustands der pflegebedürftigen Person zu bewältigen, sofern die Pflegebedürftigkeit bereits vor dem 1.7.2008 auftrat.

Als Grund dafür, dass die Hauptpflegeperson die Freistellung nicht genutzt hat, wurde am häufigsten genannt, dass der Anspruch nicht bekannt war. Dies zeigt, dass hier noch mehr Öffentlichkeitsarbeit erforderlich ist. Daneben sollten die Pflegeversicherung, aber auch andere Institutionen, an die sich die pflegebedürftige Person und ihre Angehörigen bei Pflegeeintritt wenden, von sich aus auf diese Möglichkeit hinweisen. Häufig war eine Freistellung zur Bewältigung der Situation aber auch gar nicht erforderlich.

Ebenfalls zum 1.7.2008 wurde ein Anspruch auf eine 6-monatige Pflegezeit eingeführt. Dieser Anspruch besteht dann, wenn ein naher Angehöriger, der in Pflegestufen I, II oder III eingruppiert ist, gepflegt wird, und der Betrieb, in dem die pflegende Person beschäftigt ist, mindestens 15 Mitarbeiter hat. Die Beitragszahlung zur Rentenversicherung wird in dieser Zeit von der Pflegeversicherung übernommen, wenn der Pflegeumfang mindestens 14 Stunden in der Woche beträgt. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden ebenfalls von der Pflegeversicherung übernommen, und sofern die Pflegeperson während der Pflegezeit nicht über die Familienversicherung kranken- und pflegeversichert ist, erhält sie auch Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe des Mindestbeitrags für eine freiwillige Versicherung.

Abb. 2.10 Erwerbstätigkeit der Hauptpflegepersonen 1998 und 2010 (%)

Basis: Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter von 16 bis 64 Jahren in Privathaushalten mit pflegebedürftiger Person.



Tab. 2.8 Erwerbstätigkeit von Hauptpflegepersonen (%)

Basis: Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter von 16 bis 64 Jahren in Privathaushalten mit pflegebedürftiger Person.

	Insgesamt	West	Ost
Nicht erwerbstätig	41	41	40
Geringfügig beschäftigt (<15 Std. / Woche)	11	13	4
Teilzeit beschäftigt (15 b. u. 30 Std. / Woche)	20	21	18
Vollzeit beschäftigt (30 Std. und mehr / Woche)	28	25	38

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tab. 2.9 Fortsetzung der Erwerbstätigkeit der Hauptpflegepersonen bei Pflegebeginn (%)

Basis: Zum Zeitpunkt des Pflegebeginns erwerbstätige Hauptpflegepersonen in Privathaushalten mit pflegebedürftiger Person

	Insgesamt	West	Ost
Hauptpflegeperson musste ihre Erwerbstätigkeit aufgeben	15	16	10
Hauptpflegeperson musste ihre Erwerbstätigkeit einschränken	34	35	31
Hauptpflegeperson hat ihre Erwerbstätigkeit unverändert fortgesetzt	51	49	59

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Vier Prozent der Hauptpflegepersonen, die einen nahestehenden pflegebedürftigen Angehörigen betreuen und in der Zeit seit 1.7.2008 in einem Unternehmen mit mehr als 15 Mitarbeitern abhängig beschäftigt waren, haben die Pflegezeit in Anspruch genommen. Dies sind bezogen auf den Zeitraum seit Inkrafttreten der Leistung hochgerechnet 18.000 Nutzer der neuen Pflegezeit und 480.000 Anspruchsberechtigte⁹. Die Aussagen der wenigen Nutzer weisen darauf hin, dass die Pflegezeit häufig nicht für die vollen sechs Monate, sondern für einen kürzeren Zeitraum genommen wird und dass Pflegezeit sehr viel seltener genutzt wird als Pflegevollzeit. Häufig ist die Pflegeperson während der Pflegezeit familienversichert. Dass weitere pflegende Angehörige die Pflegezeit nutzen, scheint eher selten zu sein. Sollte künftig der Anteil derjenigen, die die Pflegezeit nutzen, steigen, so ist es durchaus möglich, dass sich das Inanspruchnahme-

verhalten durch den neuen Nutzerkreis verändert und sich neue Nutzungsstrukturen ergeben.

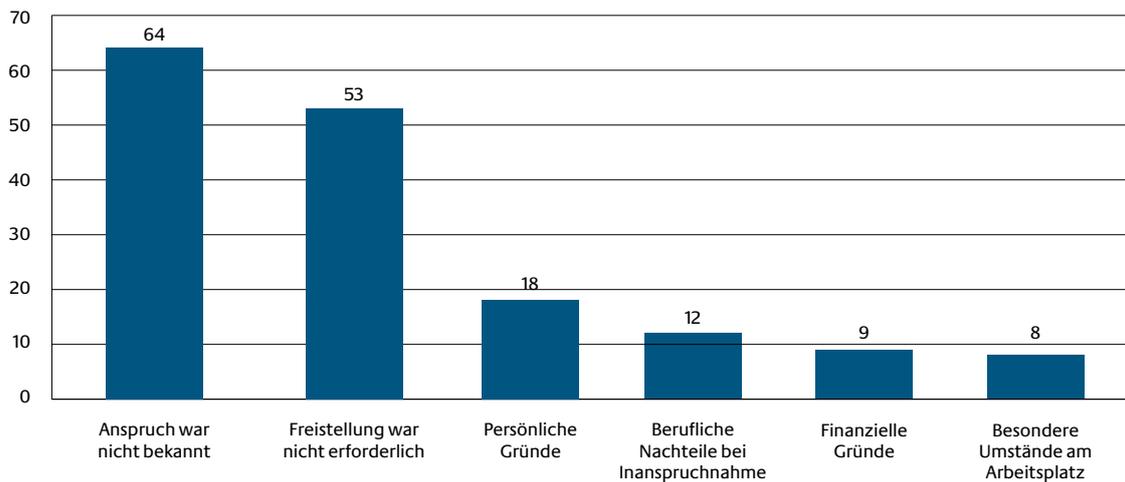
Die überwiegende Mehrheit derjenigen, die einen nahestehenden pflegebedürftigen Angehörigen betreuen und in der Zeit seit 1.7.2008 abhängig beschäftigt waren, hat keine Pflegezeit in Anspruch genommen. Gut die Hälfte von ihnen wusste nicht, dass ein Anspruch auf Pflegezeit besteht. Auch an dieser Stelle zeigt sich also noch ein erhebliches Informationsdefizit und es gilt, geeignete Wege zu finden, um dieses Defizit abzubauen.

Als weitere Gründe dafür, dass die Pflegezeit nicht in Anspruch genommen wurde, war in der Hälfte der Fälle ausschlaggebend, dass die Pflegezeit nicht erforderlich war, um die Pflege zu bewältigen. Für mehr als jede dritte Hauptpflegeperson sprechen finanzielle Gründe gegen eine Pflegezeit und knapp ein Drittel befürchtet berufliche Nachteile. Immerhin ein Fünftel ist in Unternehmen mit weniger als 15 Mitarbeitern beschäftigt und hat daher keinen Rechtsanspruch auf die Pflegezeit, sondern ist auf die freiwillige Unterstützung durch den Arbeitgeber angewiesen.

⁹ Da dies in der Stichprobe nur 16 Personen entspricht, können leider keine genauen Aussagen darüber gemacht werden, wie Hauptpflegepersonen die Pflegezeit gestalten, ob weitere Angehörige eine Pflegezeit in Anspruch nehmen und in welcher Form die Hauptpflegepersonen während der Pflegezeit krankenversichert sind.

Abb. 2.11 Gründe für die Nichtinanspruchnahme der kurzzeitigen Freistellung bei Pflegeeintritt (Mehrfachnennungen, %)

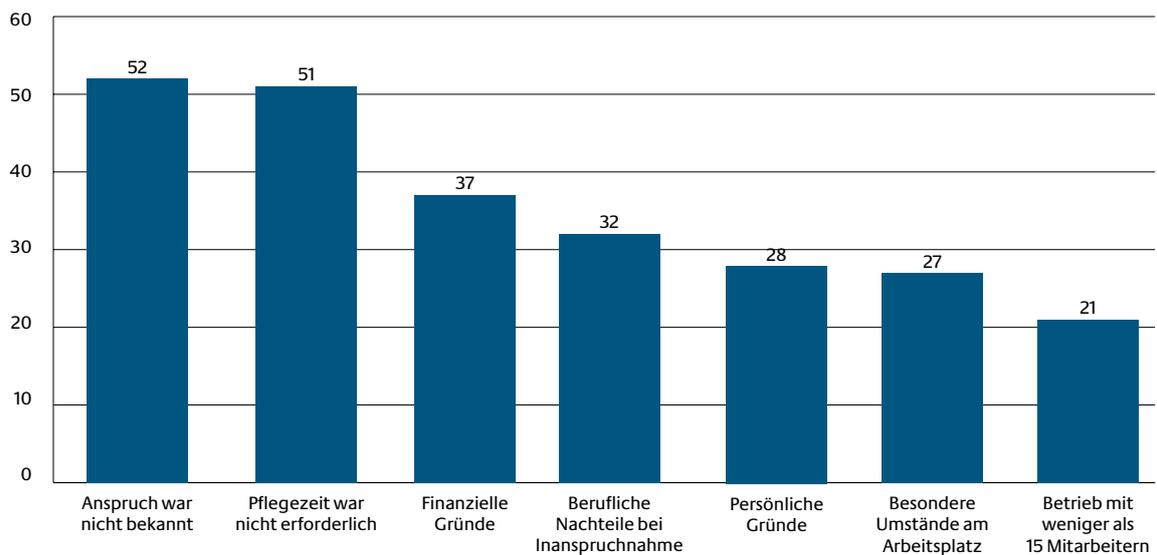
Basis: Anspruchsberechtigte Hauptpflegepersonen in Privathaushalten mit pflegebedürftiger Personen, die die Freistellung nicht genutzt haben



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 2.12 Gründe für die Nichtinanspruchnahme der Pflegezeit (Mehrfachnennungen, %)

Basis: Hauptpflegepersonen in Privathaushalten mit pflegebedürftiger Personen, die seit 1.7.2008 abhängig beschäftigt waren und die Pflegezeit nicht genutzt haben



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

2.4.5. Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung

Leistungen für die Pflegestufen I bis III

Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III können nach § 28 SGB XI zwischen verschiedenen Leistungen der Pflegeversicherung wählen. Für die laufende häusliche Pflege stehen Pflegegeld, Sachleistungen, eine Kombination von beidem – die sogenannten Kombinationsleistungen – und teilstationäre Leistungen zur Auswahl. Teilstationäre Leistungen können auch mit Pflegegeld und Sachleistungen kombiniert werden. Dabei haben die Pflegebedürftigen zusätzlich zu den teilstationären Leistungen noch einen Anspruch auf 50 Prozent der jeweiligen ambulanten Sachleistungen oder des Pflegegeldes. Wird der Anspruch auf Sachleistungen bzw. Pflegegeld voll ausgeschöpft, so besteht daneben noch ein Anspruch auf die Hälfte der teilstationären Leistungen.

Daneben gibt es eine Reihe weiterer Leistungen. So übernimmt die Pflegeversicherung im Falle der Verhinderung der privaten Pflegeperson – z. B. bei Urlaub oder Krankheit – für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr die Kosten für eine häusliche Verhinderungspflege in Höhe von bis zu 1.510 Euro. Kann die häusliche Versorgung vorübergehend auch mit teilstationären Leistungen nicht sichergestellt werden, so besteht pro Kalenderjahr Anspruch auf eine bis zu 4-wöchige Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung. Daneben haben Pflegebedürftige Anspruch auf Pflegehilfsmittel, wie z. B. ein spezielles Pflegebett oder ein Hausnotrufsystem und – soweit erforderlich – auf Zuschüsse zu technischen oder baulichen Veränderungen des Wohnumfelds in Höhe von bis zu 2.557 Euro je Maßnahme.

Tab. 2.10 Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige im Überblick

	bis 30.06.2008	ab 01.07.2008	ab 01.01.2010	ab 01.01.2012
Häusliche Pflege				
Pflegesachleistungen (bis zu ...€ mtl.)				
Stufe I	384	420	440	450
Stufe II	921	980	1.040	1.100
Stufe III	1.432	1.470	1.510	1.550
sogenannte Härtefälle	1.918	1.918	1.918	1.918
Pflegegeld (€ mtl.)				
Stufe I	205	215	225	235
Stufe II	410	420	430	440
Stufe III	665	675	685	700
Pflegevertretung				
(für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr bis zu ... €)				
durch nahe Angehörige ¹				
Stufe I	205	215	225	235
Stufe II	410	420	430	440
Stufe III	665	675	685	700
durch sonstige Personen				
Stufe I, II und III	1.432	1.470	1.510	1.550
Kurzzeitpflege				
(Pflegeaufwendungen bis zu ... € im Jahr)				
	1.432	1.470	1.510	1.550
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege²				
(Pflegeaufwendungen bis zu ... € monatlich)				
Stufe I	384	420	440	450
Stufe II	921	980	1.040	1.100
Stufe III	1.432	1.470	1.510	1.550
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind			31	
(Aufwendungen bis zu ... € monatlich)				
Technische und sonstige Pflegehilfsmittel		100 Prozent der Kosten; unter bestimmten Voraussetzungen ist ein Eigenbeitrag von 10 Prozent, jedoch höchstens 25 € je Pflegehilfsmittel zu leisten. Technische Hilfsmittel werden vorrangig leihweise und unentgeltlich zur Verfügung gestellt.		
(Aufwendungen in Höhe von)				
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds		2.557 € je Maßnahme. Es ist eine angemessene Eigenbeteiligung zu leisten.		
(Aufwendungen in Höhe von bis zu)				
Ergänzende Leistungen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (bis zu ... € jährlich)				
Grundbetrag	460	1.200	1.200	1.200
Erhöhter Betrag	460	2.400	2.400	2.400
Vollstationäre Pflege				
Pflegesachleistungen (bis zu ...€ mtl.)				
Stufe I	1.023	1.023	1.023	1.023
Stufe II	1.279	1.279	1.279	1.279
Stufe III	1.432	1.470	1.510	1.550
Sogenannte Härtefälle	1.688	1.750	1.825	1.918
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen		10 Prozent des Heimentgelts, höchstens 256 € monatlich.		
(Pflegeaufwendungen in Höhe von)				

¹Auf Nachweis werden den nahen Angehörigen notwendige Aufwendungen (Verdienstausschlag, Fahrtkosten usw.) bis zum Höchstbetrag für sonstige Personen erstattet.²Neben dem Anspruch auf Tagespflege bleibt ein hälftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflegegeld erhalten.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2010b, eigene Darstellung

Im Vergleich zu 1998 zeigt sich auch hier der bereits in Kapitel 1 beschriebene leichte Anstieg in der Inanspruchnahme von Sachleistungen¹⁰. So ist der Anteil derer, die ausschließlich Pflegegeld in Anspruch nehmen, um acht Prozentpunkte gesunken, während der Anteil derjenigen, die ausschließlich Sachleistungen in Anspruch nehmen, um fünf Prozentpunkte und der Anteil derjenigen mit Kombileistungen um zwei Prozentpunkte gestiegen sind. Mit 70 Prozent nimmt aber nach wie vor der größte Teil der Pflegebedürftigen ausschließlich Pflegegeld in Anspruch. Teilstationäre Leistungen werden wie bereits 1998 nur in sehr geringem Umfang genutzt.

Die mit der Pflegereform 2008 deutlich erweiterten und ergänzten Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf aufgrund von erheblichen Einschränkungen der Alltagskompetenz erhalten sieben Prozent der Pflegebedürftigen. Diese Leistung wird im Folgenden in einem eigenen Teilabschnitt noch genauer erläutert.

¹⁰ Laut den vom BMG etwa jährlich herausgegebenen Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung stagniert diese Entwicklung inzwischen aber, so dass seit dem Jahr 2006 keine nennenswerte Veränderung hin zu mehr Sachleistungen festgestellt werden konnte (Bundesministerium für Gesundheit 2010b).

Gestiegen ist die Zahl derjenigen, die in den vergangenen 12 Monaten eine häusliche Verhinderungspflege oder eine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen haben. Dies mag damit zusammenhängen, dass diese Leistungen heute bekannter sind als noch 1998 und dass die Inanspruchnahme durch den Ausbau der Infrastrukturen in der Pflege heute leichter möglich ist als noch 1998.

Auch die Anteile der Pflegebedürftigen, denen Hilfsmittel zur Verfügung gestellt wurden oder die Zuschüsse zu baulich-technischen Veränderungen im Haushalt erhalten haben, sind seit 1998 gestiegen. Ein Grund hierfür könnte sein, dass der Zeitraum, in dem ein Anspruch auf diese Leistungen bestand, 1998 erst drei Jahre umfasste, während diese Zeitspanne heute – in Abhängigkeit von der Dauer der Pflegebedürftigkeit – zum Teil erheblich länger ist. Darüber hinaus mag der Leistungsanspruch heute aber auch bekannter sein als noch 1998.

Tab. 2.11 Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung (%)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten

	Insgesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Laufende Leistungen				
Pflegegeld	70	76	64	59
Sachleistung	14	14	13	11
Kombileistung	14	9	21	22
Teilstationäre Leistungen	2	1	2	8
Zusatzleistungen bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	7	6	7	19
Leistungen in den letzten 12 Monaten				
Häusliche Verhinderungspflege	13	9	17	25
Kurzzeitpflege	14	11	17	19
Einzelleistungen				
Hilfsmittel insgesamt	86	83	89	98
Pflegebett	34	17	50	83
Hausnotrufsystem	15	17	13	6
Waschsystem	44	41	48	51
Sonstiges	77	73	80	88
Zuschüsse zu baulich-technischen Maßnahmen in der Wohnung	17	11	21	33

Abb. 2.13 Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung 1998 und 2010 (%)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten

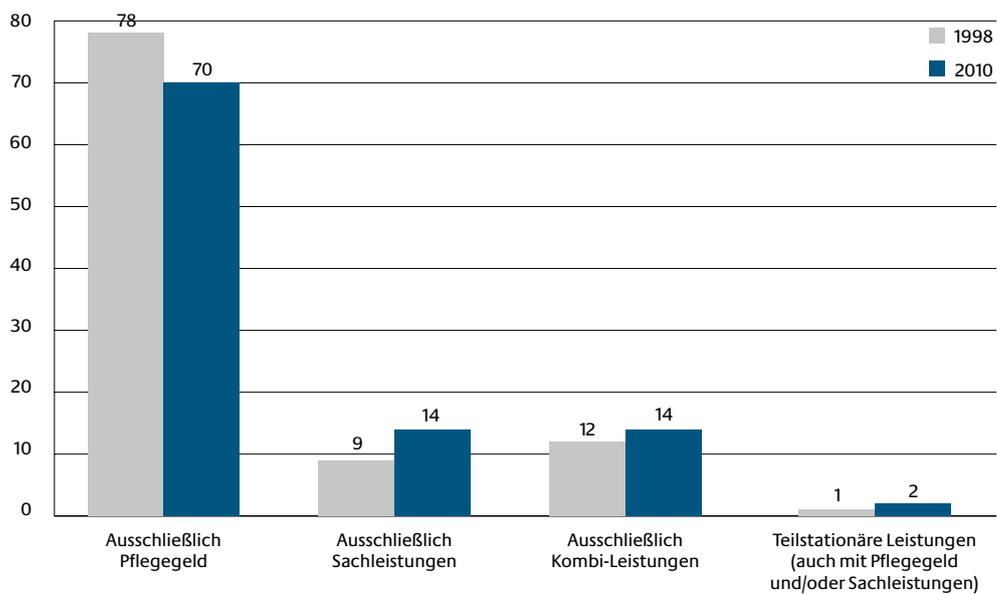
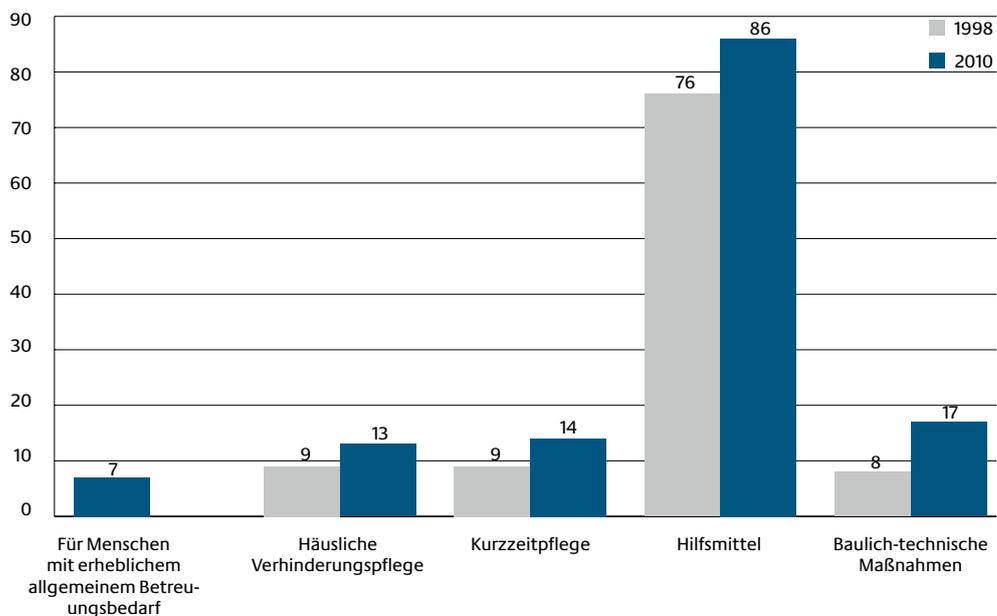
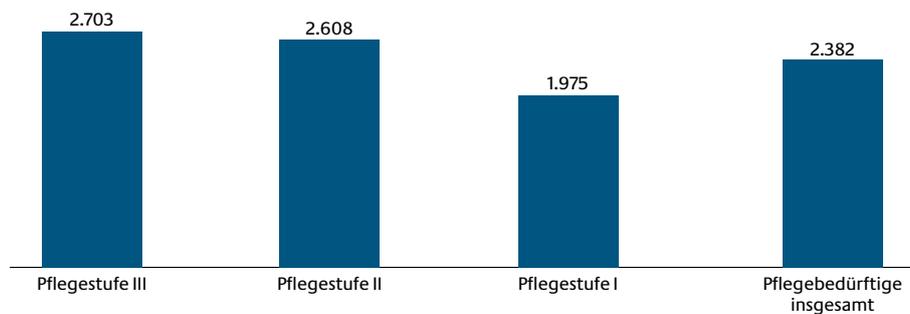
Monatliche Regelleistung:**Zusatzleistungen:**

Abb. 2.14 Durchschnittliche Höhe der Summe der bewilligten Zuschüsse zu baulich-technischen Maßnahmen je Pflegebedürftigem nach Pflegestufe (%)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten, denen bereits Zuschüsse zu baulich-technischen Maßnahmen bewilligt wurden



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010;

Welche Leistungen in Anspruch genommen werden, hängt nicht zuletzt von der Pflegestufe und damit der Schwere der Pflegebedürftigkeit ab. So sinkt mit zunehmender Pflegestufe der ausschließliche Bezug von Pflegegeld und die Inanspruchnahme von Kombileistungen steigt. Auch teilstationäre Leistungen werden häufiger von Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III und nur selten von Pflegebedürftigen der Pflegestufen I und II in Anspruch genommen. Dies zeigt, dass gerade eine Betreuung Schwerstpflegebedürftiger oft nicht ohne professionelle Unterstützung zu bewältigen ist. Allerdings beziehen auch in der Pflegestufe III 59 Prozent der Pflegebedürftigen nur Pflegegeld und keine Sach- oder teilstationären Leistungen.

Auch die Inanspruchnahme von häuslicher Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege steigt mit der Pflegestufe. Gleiches gilt für die Gewährung von Hilfsmitteln sowie baulich-technischen Maßnahmen in der Wohnung. Lediglich zwei Prozent der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III haben bislang keine Hilfsmittel erhalten und immerhin ein Drittel hat von Zuschüssen für baulich-technische Maßnahmen in der Wohnung profitiert.

Diejenigen, denen Zuschüsse für eine oder mehrere bauliche Maßnahmen bewilligt wurden, haben im Durchschnitt für alle bislang bewilligten Maßnahmen zusammen insgesamt 2.382 Euro erhalten. Der mit zunehmender Pflegestufe höhere Bedarf an baulich-technischen Veränderungen spiegelt sich auch in der Höhe der bislang bewilligten Zuschüsse wider.

Knapp die Hälfte der Zuschüsse liegt unter 2.500 Euro. Für 24 Prozent der Zuschüsse wurde ein Betrag von 2.500 Euro genannt. Hierbei dürfte es sich überwiegend um den Höchstzuschuss von 2.557 Euro für eine spezielle Maßnahme handeln. Beträge über 3.000 Euro wurden 11 Prozent der Pflegebedürftigen bewilligt. Hierbei handelt es sich um die Summe der Zuschüsse für zwei oder mehr baulich-technische Maßnahmen.

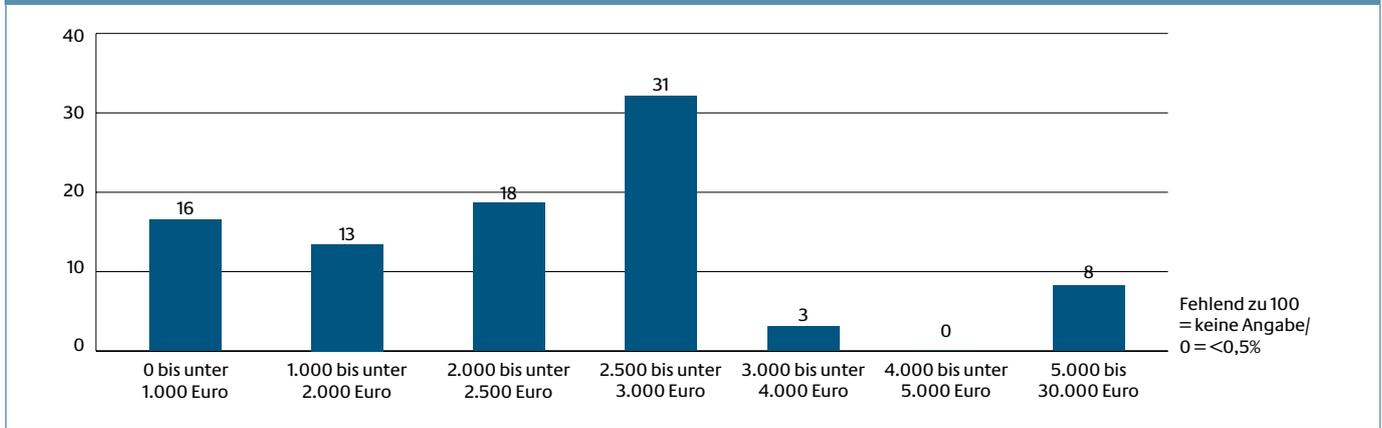
Gründe für die Wahl der Regelleistungen

Betrachtet man über alle Leistungsarten hinweg die Gründe, die zu der Entscheidung für die gewählte laufende Leistung beigetragen haben, so gibt es eine Gemeinsamkeit. Zwischen 73 und 85 Prozent haben jeweils angegeben, dass die Betreuung durch die Leistung angemessener ist. Berücksichtigt man, dass gleichzeitig nur acht Prozent der Pflegebedürftigen planen, in nächster Zeit eine andere Form der Leistung zu wählen, so weist dies darauf hin, dass in der Mehrzahl der Fälle die Leistungsart gefunden wurde, die für die individuelle häusliche Pflegesituation am besten passt.

Für den ausschließlichen Bezug von Pflegegeld werden wie bereits 1998 zwei Argumente besonders häufig genannt. So geben 83 Prozent an, dass das Pflegegeld zur Deckung der durch die Pflege entstehenden Ausgaben benötigt wird, und rund zwei Drittel der Pflegebedürftigen möchten nicht von Fremden gepflegt werden. In etwas weniger als der Hälfte der Fälle möchte die Hauptpflegeperson nicht, dass die pflegebedürftige Person von Fremden gepflegt wird. Dies ist überwiegend dann der Fall, wenn auch die pflegebedürftige Person selber eine Pflege durch Fremde ablehnt. Lediglich in 16 Prozent der

Abb. 2.15 Höhe der Summe der Zuschüsse für baulich-technische Maßnahmen (%)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten, denen bereits Zuschüsse zu baulich-technischen Maßnahmen bewilligt wurden



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Fälle, in denen die Hauptpflegeperson eine Betreuung durch Fremde ablehnt, trifft dies nicht auch für die pflegebedürftige Person zu. Zum Teil wird dabei das Gefühl einer moralischen Verpflichtung zur Pflege der Angehörigen eine Rolle spielen, sowie die Wahrnehmung der Pflege als eine Privatangelegenheit, in die keine Fremden einbezogen werden sollten.

Darüber hinaus wird mit zunehmender Pflegestufe häufiger bemängelt, dass man bei den Pflegediensten keinen Einfluss auf die Art und Weise hat, wie die Leistung erbracht wird, und bei den Pflegestufen II und III wird weitaus häufiger als in Pflegestufe I angegeben, dass mit dem Pflegegeld Leistungen ambulanter Pflegedienste finanziert werden können, die bei den Sachleistungen der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind. Dies weist darauf hin, dass die vorgesehenen Sachleistungen der Pflegeversicherung in den Pflegestufen II und III die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen nicht umfassend erfüllen. Im Einzelnen könnte dabei eine Rolle spielen, dass die Sachleistungen der Pflegeversicherung einen kurzfristig wechselnden Bedarf der Pflegebedürftigen nicht vorsehen. Die Angaben zu den von Pflegebedürftigen selbst finanzierten Leistungen zeigen ferner, dass hier neben der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung u. a. auch Hilfen bei der Tagesgestaltung und Betreuung sowie sonstige Assistenz im Alltag in Anspruch genommen werden, die bei den Sachleistungen der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind (vgl. Abschnitt 2.4.7)

Je höher die Pflegestufe, desto häufiger wird als Argument für den ausschließlichen Pflegegeldbezug genannt, dass das Pflegegeld für die Deckung des Lebensunterhalts benötigt wird. Ein Grund hierfür ist, dass Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter mit zunehmender Pflegestufe seltener erwerbstätig sind und gerade der Anteil derjenigen, die 30 Stunden und mehr arbeiten, besonders niedrig ist. Das Pflegegeld ersetzt dann zumindest einen Teil des Erwerbseinkommens der pflegenden Person und muss gegebenenfalls für den Lebensunterhalt eingesetzt werden. Von den Haushalten mit pflegebedürftiger Person in Pflegestufe III hat knapp die Hälfte angegeben, dass das Pflegegeld auch für die laufenden Ausgaben zum Lebensunterhalt verwendet wird.

Dass es keine ambulanten Pflegedienste in der Nachbarschaft gibt oder unbekannt ist, wie diese Dienste in Anspruch genommen werden können, ist hingegen nur für 10 Prozent der Pflegebedürftigen ein Grund dafür, ausschließlich Pflegegeld in Anspruch zu nehmen.

Tab. 2.12 Ausgewählte Gründe für den ausschließlichen Bezug von Geldleistungen (Mehrfachnennungen, %)

Basis: Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld in Anspruch nehmen

	Insgesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Geld wird für die laufenden Pflegeausgaben benötigt	83	81	87	86
Pflegebedürftige Person möchte nicht von Fremden gepflegt werden	67	69	65	58
Hauptpflegeperson möchte nicht, dass die pflegebedürftige Person von Fremden gepflegt wird	47	50	42	44
Geld erlaubt Inanspruchnahme anderer Dienstleistungen als sonst vorgesehen	43	37	53	52
Bei Pflegediensten besteht kein Einfluss auf die Art und Weise, wie die Leistung erbracht wird	37	34	41	53
Geld wird für laufenden Lebensunterhalt benötigt	22	19	26	36

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Diejenigen, die ausschließlich Sachleistungen in Anspruch nehmen, geben mit 83 Prozent am häufigsten an, dass professionelle Hilfen von Fachkräften unverzichtbar sind. Weitere oft genannte Gründe sind, dass die Pflege sonst mit einer Überlastung der Angehörigen verbunden wäre (73 Prozent), dass der MDK bzw. die Pflegekasse oder der Hausarzt die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes empfohlen haben (71 Prozent) und dass keine oder nicht genügend private Pflegepersonen verfügbar sind (69 Prozent). Die genannten Gründe weisen darauf hin, dass ambulante Pflegedienste oft erst dann in Anspruch genommen werden, wenn die Pflege ohne professionelle Hilfe nicht mehr sichergestellt werden kann.

Als Gründe für eine Kombination von Geld- und Sachleistungen gaben 57 Prozent an, dass dies mehr Handlungsspielraum für die Pflege im Haushalt gibt. Jeweils 41 Prozent ist wichtig, dass so neben den Sachleistungen noch etwas Geld für die sonstigen laufenden Ausgaben bzw. für eine kleine Aufwandsentschädigung für die private Pflege zur Verfügung steht.

Aufgrund der geringen Fallzahl können die Gründe, die für die Wahl von teilstationären Leistungen eine Rolle spielen, leider nicht im Detail analysiert werden¹¹. Genannt wurde, dass eine häusliche Pflege ohne diese Leistungen nicht möglich wäre und die privaten Pflegepersonen überfordern würde. Dies weist darauf hin, dass teilstationäre Angebote für diesen wenn auch nur kleinen Kreis von Pflegebedürftigen eine sehr wichtige Leistung sind.

Verwendung des Pflegegeldes

Das Pflegegeld wird in der Regel für verschiedene Zwecke verwendet. Am häufigsten dient es zur Deckung der durch die Pflege entstehenden laufenden Ausgaben. Dies gilt für Pflegebedürftige in der Pflegestufe III noch einmal mehr als in den Pflegestufen I und II. Oft wird von dem Pflegegeld auch eine Aufwandsentschädigung für pflegende Angehörige und Bekannte gezahlt. Wengleich dies bei den Gründen für die ausschließliche Inanspruchnahme von Pflegegeld nicht ausdrücklich erfragt wurde, so ist doch davon auszugehen, dass die Aufwandsentschädigung für die private Pflege ein wesentliches Motiv für die Wahl des Pflegegeldes ist. Weitere 47 Prozent der Pflegebedürftigen nutzen das Pflegegeld, um damit Sachleistungen zu finanzieren, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind. Der Anteil steigt mit zunehmendem Pflegebedarf. Von den Pflegebedürftigen in der Pflegestufe III nutzen zwei Drittel das Pflegegeld für diesen Zweck. Ehrenamtliche Betreuungskräfte und niedrigschwellige Betreuungsangebote werden eher selten mit dem Pflegegeld finanziert.

31 Prozent der Pflegebedürftigen verwenden das Geld nicht nur für Ausgaben, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Pflege stehen, sondern auch für laufende Ausgaben zum Lebensunterhalt. Dies trifft am häufigsten auf Pflegebedürftige der Pflegestufe III zu, aber auch Pflegebedürftige der Pflegestufe II verwenden das Pflegegeld überdurchschnittlich häufig für den Lebensunterhalt. Dabei ist davon auszugehen, dass das Pflegegeld hier zum Teil das fehlende Erwerbseinkommen der Hauptpflegeperson ersetzt, die aufgrund des Pflegeaufwands nicht oder nur eingeschränkt erwerbstätig ist.

¹¹Da in der Grundgesamtheit im Querschnitt betrachtet hochgerechnet etwa 27 Tsd. Pflegebedürftige teilstationäre Leistungen in Anspruch nehmen, finden sich in der Stichprobe an dieser Stelle nur 32 Personen.

Tab. 2.13 Verwendung des Pflegegeldes (Mehrfachnennungen, %)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten mit Bezug von Pflegegeld

	Insgesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Als Aufwandsentschädigung für die private Hauptpflegeperson oder andere private Pflegepersonen	67	69	63	66
Als Aufwandsentschädigung für ehrenamtliche Kräfte	10	11	8	12
Für niedrigschwellige Betreuungsangebote	8	6	11	9
Zur Deckung der durch die Pflege entstehenden laufenden Ausgaben	80	79	79	91
Für Sachleistungen, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind	47	41	51	66
Für laufende Ausgaben zum Lebensunterhalt	31	26	36	49

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Leistungen bei erheblichen Einschränkungen der Alltagskompetenz

Pflegebedürftige mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen benötigen oft nicht nur eine grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung, sondern eine darüber hinausgehende allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung. Für diesen Personenkreis mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz werden seit 1.1.2002 zusätzliche Leistungen bewilligt, die über die Leistungen der Pflegestufen I bis III hinausgehen. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 wurde der anspruchsberechtigte Personenkreis nach § 45a SGB XI auf Pflegebedürftige erweitert, die zwar keinen erheblichen Pflegebedarf haben und damit nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, bei denen aber ein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf besteht. Gleichzeitig wurde der Umfang der Leistungen erhöht und beträgt jetzt 100 Euro (Grundbetrag) bzw. 200 Euro (erhöhter Betrag) im Monat. Der Betrag ist zweckgebunden und kann nach § 45b SGB XI nur für Tages- oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege, besondere Angebote der ambulanten Dienste zur allgemeinen Anleitung und Betreuung und bei Nutzung von niedrigschwelligem Betreuungsangeboten nach § 45c SGB XI in Anspruch genommen werden.

Bei insgesamt 19 Prozent der Pflegebedürftigen wurde eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz anerkannt. Abrechnungsfähige Leistungen beziehen allerdings nur 37 Prozent der Anspruchsberechtigten und damit sieben Prozent der Pflegebedürftigen insgesamt. Die Unterschiede zwischen den Pflegestufen sind dabei nur gering.

30 Prozent der Leistungsbezieher erhalten abrechnungsfähige Hilfeleistungen in Höhe von 100 Euro und 63 Prozent in Form des erhöhten Leistungsbetrags von 200 Euro pro Monat. Sieben Prozent der Befragten konnten den Betrag nicht nennen oder haben aus anderen Gründen keine Angabe gemacht.

Tab. 2.14 Leistungsbezug bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (%)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

	Insgesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Leistungsbezug				
ja	37	39	35	39
nein	62	61	65	60
Fehlend zu 100 = Keine Angabe				

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Nach den Empfehlungen des MDK im 3. und 4. Quartal 2008 haben 58 Prozent der Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz einen Anspruch auf 100 Euro im Monat. Bei den übrigen 42 Prozent wurde eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt, so dass sie einen Anspruch auf 200 Euro im Monat haben (MDS, 2009). Bezogen auf das Jahr 2009 berichtet der MDS, dass 39 Prozent der betreuungsbedürftigen Pflegebedürftigen in Pflegestufe I, 48 Prozent in Pflegestufe II und 43 Prozent in Pflegestufe III einen Anspruch auf den erhöhten Betrag haben. Auch diese Daten des MDS sind mit den Ergebnissen der Repräsentativerhebung nicht direkt vergleichbar. Bei den Zahlen des

MDS handelt es sich um die Erst-Begutachtungsergebnisse für einen bestimmten Zeitraum, während die Daten der Repräsentativerhebung auf den Angaben der Pflegebedürftigen bzw. der Pflegepersonen zu einem bestimmten Zeitpunkt und zur tatsächlichen Leistungsanspruchnahme basieren. Denkbar wäre allerdings, dass insbesondere die niedrigere Leistung bei den Anspruchsberechtigten nicht immer präsent ist. Die Unterschiede könnten allerdings auch darauf hinweisen, dass Leistungen vorrangig dann in Anspruch genommen werden, wenn sich der damit verbundene Aufwand lohnt – und dies mag bei Leistungen im Wert von 200 Euro eher der Fall sein als bei einem Betrag von 100 Euro.

Am häufigsten wird der Betrag zur Finanzierung einer niedrigschwelligen Betreuung verwendet. 58 Prozent der Bezieher von Zusatzleistungen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nutzen dies. 32 Prozent setzen die Leistungen für Tagespflege, 31 Prozent für Kurzzeitpflege, 14 Prozent für Einsätze von ambulanten Pflegediensten und 2 Prozent zur Nachtpflege ein. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer am häufigsten genutzt wird und Tagesgruppen an zweiter Stelle stehen¹².

Die Ursachen dafür, dass fast zwei Drittel der Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz trotz ihres Anspruches keine der abrechnungsfähigen Leistungen nutzen, lassen sich im Kontext der verfügbaren Daten vergleichsweise gut erschließen. Wie bereits erwähnt handelt es sich um zweckgebundene Leistungen, die primär zur Finanzierung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten oder für teilstationäre Hilfen genutzt werden. Einsätze von Pflegediensten spielen hier eine deutlich geringere Rolle. Von daher überrascht es nicht, dass diejenigen, die als Regelleistung der Pflegeversicherung teilstationäre Angebote nutzen, im Falle des Anspruchs auf zusätzliche Hilfen bei eingeschränkter allgemeiner Alltagskompetenz diesen dann auch zu 80 Prozent ausnutzen. Bezieher von Geldleistungen, aber auch Bezieher von ambulanten Sachleistungen nutzen hingegen nur zu 37 Prozent einen vorhandenen Anspruch.

Weitere Hinweise geben die Antworten auf die Frage, weshalb keine niedrigschwellige Betreuungsangebote in Anspruch genommen werden. Als Hinderungsgründe werden von denjenigen, die einen Anspruch haben, jedoch keine niedrigschwelligen Betreuungsangebote nutzen, vor allem benannt, dass die pflegebedürftige Person nicht durch fremde Personen betreut werden möchte und dass die vorhandenen Angebote nicht den Bedürfnissen entsprechen. Etwas mehr als ein Viertel kennt kein entsprechendes Angebot in der näheren Umgebung. Vorbehalte der Hauptpflegeperson gegenüber einer Betreuung durch Fremde werden hingegen relativ selten als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme genannt.

Will man die Inanspruchnahme von (Sach-)Leistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz erhöhen, so bestände eine Möglichkeit darin, die Mittel zum Beispiel auch für spezielle Pflegekurse für private Pflegepersonen insbesondere zur Betreuung von Demenzkranken einzusetzen. Hierzu liegen inzwischen eine Vielzahl von Kurskonzepten vor, die sich insbesondere bei der Schulung von freiwilligen Helferinnen und Helfern bewährt haben. Darüber hinaus scheinen aber auch geeignete niedrigschwellige Betreuungsangebote in der unmittelbaren Umgebung zu fehlen oder die Pflegebedürftigen sind nicht ausreichend über die Betreuungsangebote informiert. Schließlich ist nicht auszuschließen, dass sich manche Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen auch mit der Abrechnung der Leistungen im Erstattungsverfahren überfordert fühlen. In diesen Fällen könnte eine Ausgabe von Gutscheinen, die die Anbieter dann bei der zuständigen Pflegekasse einlösen, zu einer stärkeren Inanspruchnahme der Leistungen beitragen.

Gleichgeschlechtliche Pflege

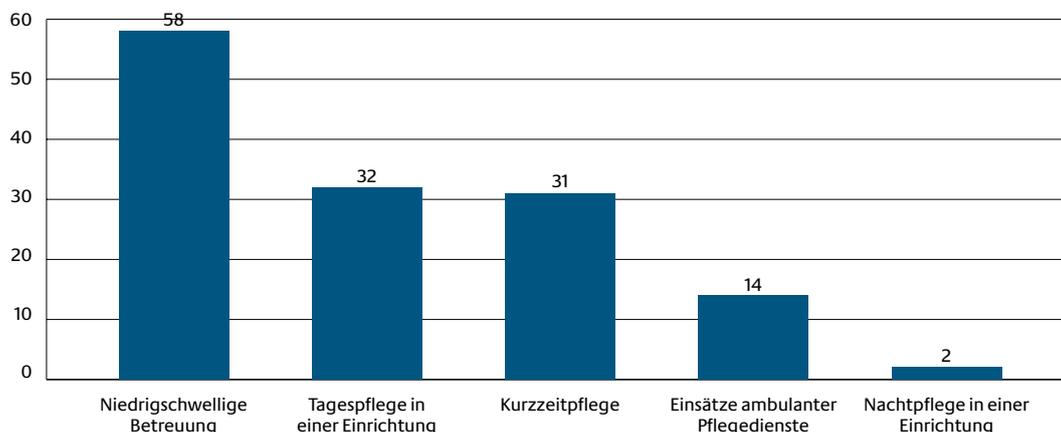
Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen nach § 2 SGB XI trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Im Rahmen der Pflegereform 2008 wurde dieser Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben weiter konkretisiert. Absatz 2 sieht vor, dass der Wunsch der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege nach Möglichkeit zu berücksichtigen ist.

33 Prozent derjenigen, die Leistungen ambulanter Pflegedienste in Anspruch nehmen, möchten gerne von Personen ihres Geschlechts gepflegt werden. Dabei ist der Anteil unter den pflegebedürftigen Frauen mit 44 Prozent erheblich höher als bei den Männern, von denen nur 9 Prozent eine gleichgeschlechtliche Pflege wünschen.

¹² Da die Stichprobe aufgrund der geringen Inanspruchnahme lediglich 55 Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz umfasst, die niedrigschwellige Betreuungsangebote in Anspruch nehmen, sind die Aussagen darüber, welche Angebote im Einzelnen genutzt werden, allerdings nur bedingt aussagekräftig.

Abb. 2.16 Inanspruchnahme von Leistungen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in den letzten 12 Monaten (Mehrfachnennungen, %)

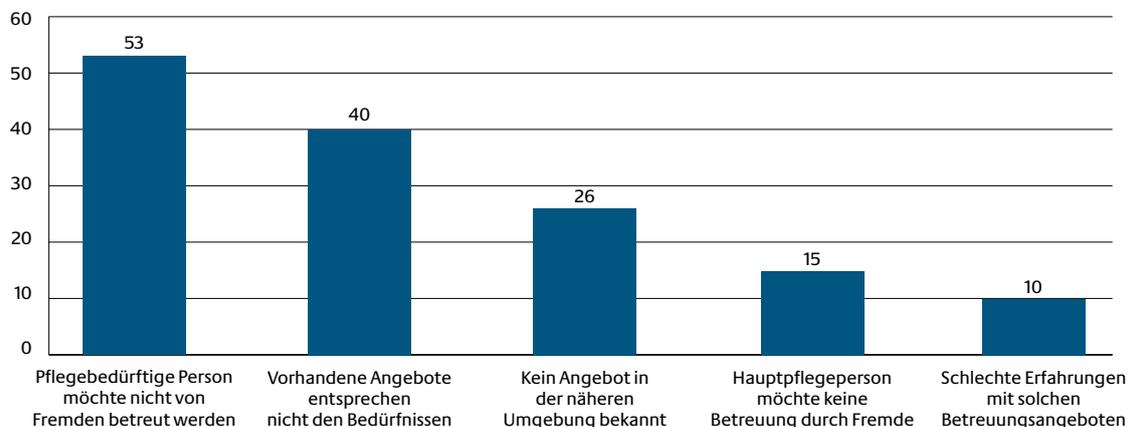
Basis: Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in Privathaushalten, die Leistungen nach § 45b, Abs. 2 SGB XI in Anspruch nehmen



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 2.17 Ausgewählte Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Betreuungsleistungen (Mehrfachnennungen, %)

Basis: Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in Privathaushalten, die keine niedrigschwelligen Betreuungsangebote in Anspruch nehmen



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

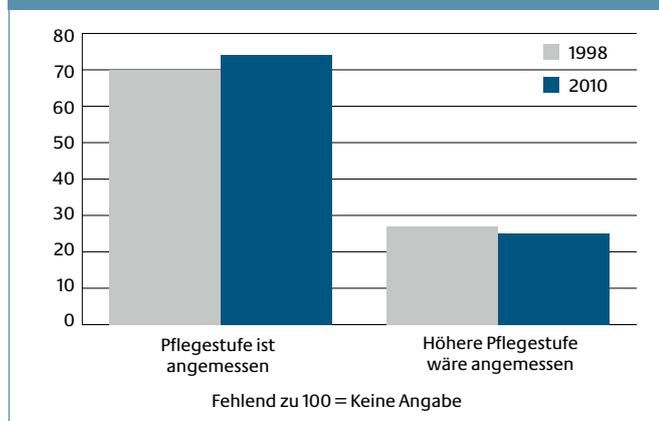
Insgesamt gibt es in der Stichprobe nur 80 Pflegebedürftige, die Sachleistungen beziehen und eine gleichgeschlechtliche Pflege wünschen. Die Verteilung der Antworten auf die Frage, ob dieser Wunsch berücksichtigt wird, ist deshalb nur bedingt aussagekräftig. Sie weist aber darauf hin, dass dem Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege in der Regel ganz (90 Prozent) oder doch weitgehend (sechs Prozent) entsprochen wird. Vier Prozent haben allerdings auch angegeben, dass sie trotz des Wunsches nach gleichgeschlechtlicher Pflege häufig von Personen des anderen Geschlechts gepflegt werden.

2.4.6. Beurteilung der Leistungen der Pflegeversicherung durch die Leistungsbezieher und Zukunftsperspektiven

Betrachtet man zunächst die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen mit der Einstufung durch den MDK, so zeigt sich, dass der Anteil derjenigen, die die bewilligte Pflegestufe als angemessen einstufen, seit 1998 um vier Prozentpunkte gestiegen ist.

Wie bereits 1998 ist auch heute niemand der Meinung, dass die bewilligte Pflegestufe zu hoch ist. Pflegebedürftige der Pflegestufe III sind erwartungsgemäß am häufigsten mit der bewilligten Pflegestufe einverstanden. Lediglich 7 Prozent von ihnen sind der Meinung, dass eine höhere Pflegestufe angemessen wäre. Von denjenigen mit Pflegestufe I und II sind hingegen 29 bzw. 21 Prozent dieser Meinung.

Abb. 2.18 Zufriedenheit mit der Einstufung des MDK 1998 und 2010 (%)
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Im Ost-West-Vergleich zeigt sich wie bereits 1998, dass die Zufriedenheit mit der Einstufung in den neuen Ländern höher ist. Lediglich 19 Prozent sind hier der Meinung, dass eine höhere Pflegestufe angemessen wäre. In den alten Ländern sind es 26 Prozent. Die unterschiedliche Einschätzung besteht insbesondere bei der Eingruppierung in Pflegestufe I, mit der in den neuen Ländern 24 Prozent nicht einverstanden sind, während dies in den alten Ländern für 31 Prozent gilt.

Bei der Zufriedenheit mit der Höhe bzw. dem Umfang der gewährten Leistungen hat sich im Vergleich zu 1998 kaum etwas geändert. Nach wie vor ist mehr als die Hälfte der Befragten alles in allem mit den gewährten Leistun-

gen zufrieden oder sogar sehr zufrieden. Allerdings ist auch weiterhin rund ein Drittel weniger zufrieden oder unzufrieden.

Zufriedenheit mit der Beratung und Abwicklung der Leistungsansprüche durch die Pflegekasse

79 Prozent der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen sind mit der Arbeit der Pflegekassen insgesamt zufrieden oder sogar sehr zufrieden. Dies sind sechs Prozentpunkte mehr als noch 1998.

Während die Eingruppierung in Pflegestufe III 1998 noch mit einem höheren Anteil an unzufriedenen bzw. weniger zufriedenen Haushalten einherging, gilt dies heute nicht mehr. Der Anteil der Unzufriedenen und weniger Zufriedenen ist heute in allen Pflegestufen auf demselben Niveau. Auffällig ist, dass in der Pflegestufe III 30 Prozent mit der Arbeit der Pflegekassen sehr zufrieden sind. In den Pflegestufen I und II trifft dies nur auf 23 bzw. 24 Prozent zu. Ost-West-Unterschiede bestehen bei dieser Frage keine mehr.

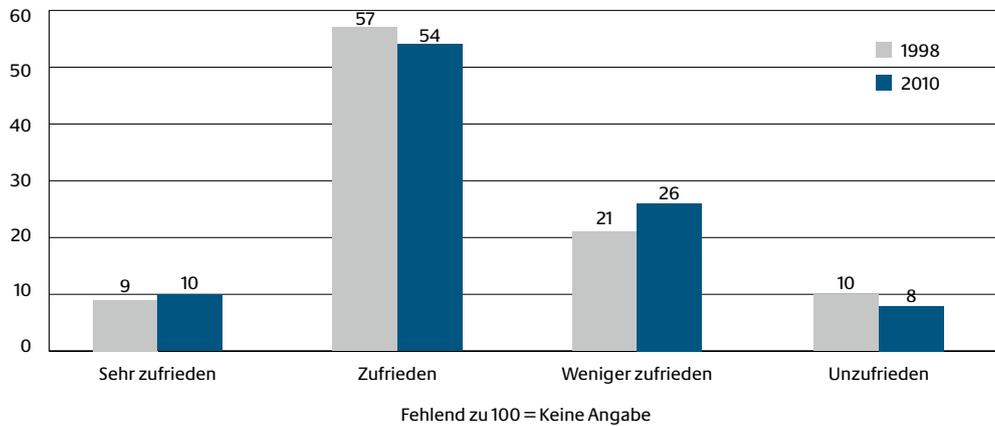
Die Zufriedenheit speziell mit Tagespflegeeinrichtungen kann leider nicht ausgewertet werden, da nur 30 Personen in der Stichprobe solche Einrichtungen nutzen.

Zukunftsperspektiven

Aktuell nimmt der größte Teil der Pflegebedürftigen bei den laufenden Leistungen ausschließlich Pflegegeld in Anspruch. Aus Sicht der Pflegehaushalte wird diese Form der Leistung der individuellen häuslichen Pflegesituation am besten gerecht.

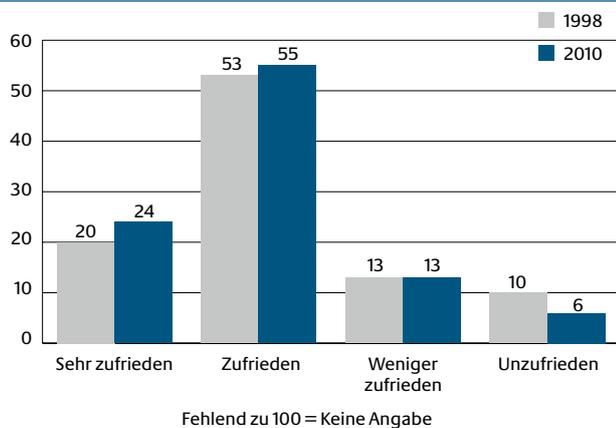
Acht Prozent der Pflegebedürftigen planen, in naher Zukunft eine andere Art der Leistungsvergabe zu wählen. Im Vergleich zu 14 Prozent im Jahr 1998 ist der Anteil damit noch weiter rückläufig gewesen. Anders als 1998 ist der Anteil der Leistungsbezieher mit Wechselabsichten inzwischen auch nach der Art der gegenwärtigen Inanspruchnahme ausgeglichen. Einzig die Bezieher von teilstationären Leistungen planen zu 11 Prozent etwas häufiger einen Wechsel.

Abb. 2.19 Zufriedenheit mit der Höhe bzw. dem Umfang der gewährten Leistungen 1998 und 2010 (%)
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

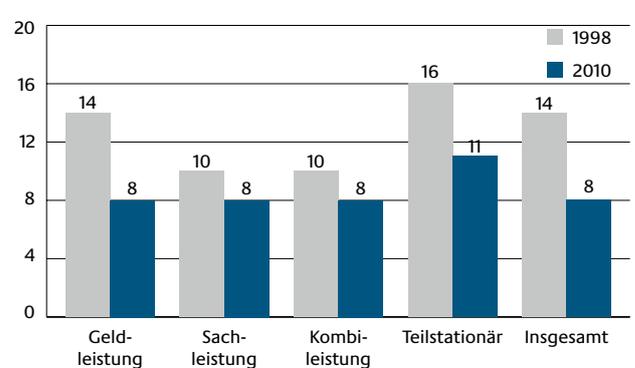
Abb. 2.20 Zufriedenheit mit der Beratung und Abwicklung der Leistungsansprüche durch die Pflegekassen 1998 und 2010 (%)
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Mehr als ein Viertel derjenigen mit Wechselabsicht möchte künftig Kombileistungen (Pflegegeld und ambulante Sachleistungen) in Anspruch nehmen, jeweils 17 Prozent möchten Pflegegeld, Pflegeeinsätze ambulanter Dienste und teilstationäre Pflege kombinieren. 17 Prozent planen eine vollstationäre Pflege. Insgesamt ist davon auszugehen, dass ein geplanter Wechsel der Leistungsart in der Regel mit einer veränderten Pflegesituation und zum großen Teil auch mit einem zunehmenden Grad der Pflegebedürftigkeit einhergeht.

Abb. 2.21 Wechselabsichten im Leistungsbezug nach Art der gegenwärtigen Inanspruchnahme (in %)
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Neben einem Wechsel der Leistungsart können auch technische oder bauliche Veränderungen in der Wohnung erforderlich sein, damit die pflegebedürftige Person weiterhin in ihrer gewohnten Umgebung bleiben kann. Für die entsprechenden Maßnahmen zahlen die Pflegekassen Zuschüsse von bis zu 2.557 Euro je Maßnahme. Daneben ist aber in der Regel ein Eigenbeitrag zu leisten, der sich an den finanziellen Möglichkeiten der pflegebedürftigen Person bemisst.

Tab. 2.15 Einsatz eigener finanzieller Mittel für notwendige bauliche oder technische Veränderungen in der eigenen Wohnung (%)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten

	Insgesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Finanzielle Mittel für bauliche oder technische Veränderungen vorhanden				
Ja	22	22	22	28
Ja, aber nur in begrenztem Umfang	29	28	28	29
Nein	48	49	49	36
Von denjenigen mit entsprechenden finanziellen Mitteln (einschl. in begrenztem Umfang):				
Bereits eigene Mittel eingesetzt	54	50	55	70
Bislang noch keine eigenen Mittel eingesetzt	46	50	45	30
Bereit, künftig eigene Mittel einzusetzen	83	84	80	86
Nicht bereit, künftig eigene Mittel einzusetzen	15	14	17	13
Fehlend zu 100 = Keine Angabe				

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010.

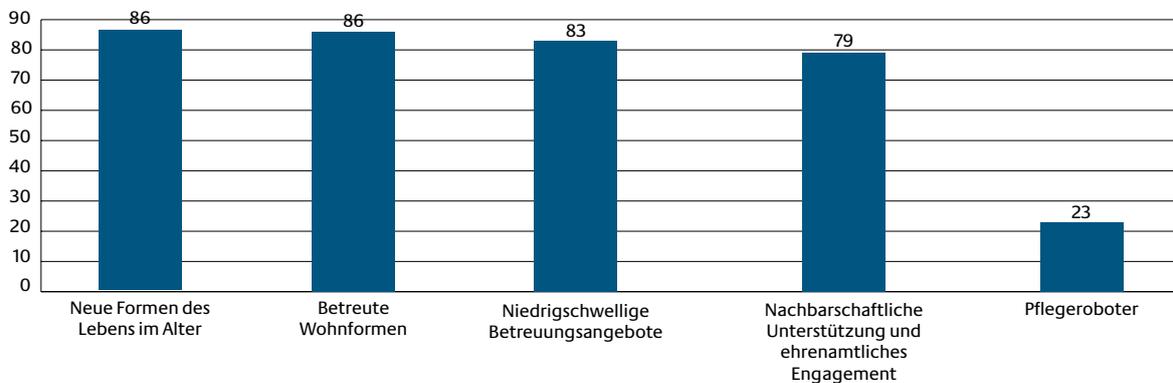
Etwas mehr als die Hälfte der Pflegehaushalte verfügt nach eigenen Angaben zumindest in begrenztem Umfang über die finanziellen Mittel, um technische oder bauliche Maßnahmen zu finanzieren. Von ihnen haben wiederum etwas mehr als die Hälfte bereits in der Vergangenheit eigene Mittel eingesetzt, um entsprechende Maßnahmen zu finanzieren. In der Pflegestufe III ist dieser Anteil noch einmal höher. Sofern die erforderlichen finanziellen Mittel vorhanden sind, ist auch künftig der weitaus größte Teil der Haushalte bereit, solche Maßnahmen zu finanzieren. Dies zeigt, dass die überwiegende Mehrheit der Pflegehaushalte nicht erwartet, dass die Pflegekasse alle Kosten übernimmt, die mit der Pflegebedürftigkeit verbunden sind, sondern im Rahmen ihrer Möglichkeiten bereit ist, einen Eigenbeitrag zu leisten.

Zusätzlich zu den direkten Leistungen, die als Subjektförderung unmittelbar an die Pflegehaushalte gehen, werden aber auch infrastrukturelle Faktoren sowie Initiativen, die sich auf eine Stärkung des sozialen Miteinanders in unserer Gesellschaft beziehen, befürwortet. Die Ergebnisse der Repräsentativbefragung zeigen, dass eine große Mehrheit der Pflegehaushalte einen Ausbau bzw. eine Förderung neuer Lebensformen im Alter, betreuter Wohnformen, niedrigschwelliger Betreuungsangebote und nachbarschaftlicher und ehrenamtlicher Unterstützung befürwortet. Mehr als 80 Prozent sprechen sich dafür aus, diese Leistungen in Zukunft auszubauen. Hier-

bei sollte allerdings beachtet werden, dass damit zwar eine große Offenheit gegenüber diesen Angeboten signalisiert wird, aber noch keine Aussage darüber getroffen ist, ob die Befragten – sei es die pflegebedürftige Person selber oder ihre Angehörigen – diese Angebote auch in Anspruch nehmen würden. Pflegerobotern steht die Mehrheit der Befragten hingegen eher skeptisch gegenüber. Dies zeigt, dass Pflege und menschliche Zuwendung für die meisten eng miteinander verbunden sind. In welchen Bereichen der Einsatz unterstützender Technik von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen noch akzeptiert wird und als ethisch vertretbar gilt, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht im Detail beurteilen.

Die offen gestellte Frage danach, welche sonstigen Leistungen zusätzlich angeboten oder erweitert werden sollten, wurde von einem sehr großen Teil der Befragten genutzt, um noch einmal explizit auf die hohe Belastung der Angehörigen hinzuweisen und für diesen Personenkreis mehr Unterstützung anzuregen. Dies betrifft insbesondere die finanzielle Honorierung der privaten Pflege, die auch im Vergleich mit den Beträgen, die für eine ambulante oder vollstationäre Pflege gezahlt werden, als zu niedrig eingestuft wurde.

Abb. 2.22 Leistungen, die zusätzlich angeboten bzw. erweitert werden sollten (Mehrfachnennungen, %)
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

2.4.7. Ergänzend in Anspruch genommene Hilfen und Höhe der selbst getragenen Kosten der Pflege

17 Prozent der Pflegebedürftigen nehmen selbst finanzierte Unterstützung von professionellen Helfern oder sozialen Diensten in Anspruch. Dies entspricht etwa dem Anteil von 1998. Damals waren es 16 Prozent. Auch die Muster der Inanspruchnahme haben sich seit 1998 nicht verändert.

Je höher die Pflegestufe, desto höher ist der Anteil derjenigen, die selbst finanzierte Hilfen in Anspruch nehmen. Dies deckt sich damit, dass Pflegebedürftige der Pflegestufen II und III die Inanspruchnahme von Pflegegeld häufiger damit begründen, dass sie so die Möglichkeit haben, andere Sachleistungen in Anspruch zu nehmen, als von der Pflegeversicherung vorgesehen sind.

Pflegebedürftige, die Kombileistungen beziehen, nehmen am häufigsten selbst finanzierte Unterstützung in Anspruch, gefolgt von denjenigen, die Sachleistungen beziehen. Am seltensten nutzen Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, selbst finanzierte professionelle Unterstützung. Dies weist darauf hin, dass sie das Pflegegeld vorrangig als Aufwandsentschädigung für private Pflegepersonen, aber auch für sonstige Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit entstehen, nutzen.

Die Auswertungen für diejenigen, die Tagespflege in Anspruch nehmen, weisen darauf hin, dass diese Gruppe häufiger als Bezieher anderer Leistungsarten selbst finan-

Tab. 2.16 Inanspruchnahme selbst finanzierter professioneller Hilfen (%)
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten

Pro Zeile in Prozent	Ja	Nein
Pflegestufe		
Pflegestufe I	12	88
Pflegestufe II	23	77
Pflegestufe III	31	69
Leistungsart		
Ausschließlich Pflegegeld	14	86
Ausschließlich Sachleistungen	20	80
Kombileistungen	29	71
Region		
Ost	16	84
West	17	83

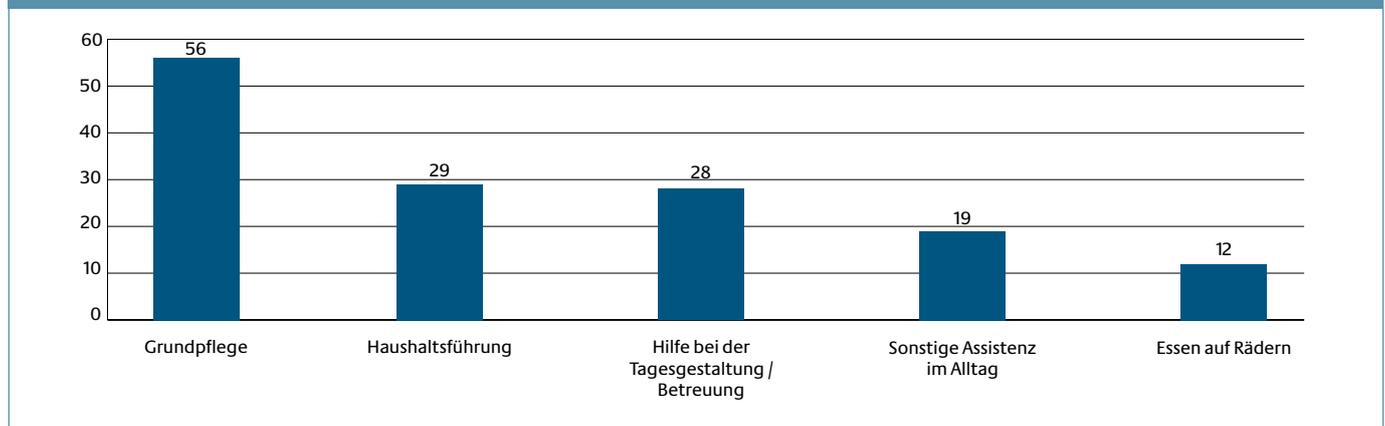
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

zierte Hilfen in Anspruch nimmt. Besonders hoch ist der Anteil auch bei denjenigen, die ergänzend laufende Hilfe zur Pflege beziehen. Allerdings sind die absoluten Häufigkeiten für beide Gruppen sehr niedrig, so dass hier allenfalls Trendaussagen möglich sind.

Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern bestehen ebenso wenig wie ein nennenswerter Einfluss des Nettoäquivalenzeinkommens.

Abb. 2.23 Selbst finanzierte professionelle Hilfen – Anteil derjenigen, die die Hilfen mindestens einmal wöchentlich in Anspruch nehmen (Mehrfachnennungen, %)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten, die selbst finanzierte Hilfen in Anspruch nehmen



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Art der selbst finanzierten professionellen Hilfen

Betrachtet man die Art der selbst finanzierten Hilfen, so zeigt sich, dass es sich hierbei wie bereits 1998 am häufigsten um Leistungen der Grundpflege handelt. 31 Prozent derjenigen, die selbst finanzierte professionelle Hilfen in Anspruch nehmen, nutzen diese Leistung täglich, weitere 25 Prozent ein- oder mehrmals wöchentlich. Weitere häufig genutzte Leistungen sind Hilfen im Haushalt und bei der Tagesgestaltung.

Rechnet man diejenigen, die selbst finanzierte Hilfen in Anspruch nehmen, und diejenigen, die Sachleistungen der Pflegeversicherung beziehen, zusammen, so nutzen insgesamt 38 Prozent der Pflegebedürftigen pflegerische, hauswirtschaftliche oder sonstige gewerbliche ambulante Dienstleistungsangebote. Dieser Anteil ist seit 1998 – bedingt durch die gestiegene Inanspruchnahme von Sach- bzw. Kombileistungen – um 7 Prozentpunkte gestiegen.

Höhe aller selbstgetragenen Kosten im Zusammenhang mit der Pflege

Von allen regelmäßig im Zusammenhang mit der Pflege entstehenden Kosten werden im Durchschnitt 247 Euro von den Pflegebedürftigen selber getragen werden. Die Kosten sind umso höher, je höher die Pflegestufe ist. Werden in Pflegestufe I im Durchschnitt 204 Euro gezahlt, so sind es in Pflegestufe II bereits 298 Euro und in Pflegestufe III 337 Euro. Im Vergleich zur 1998 mit durchschnittlich 130 Euro sowie 107 Euro in Stufe I, 135 Euro in Stufe II und 196 Euro in Stufe III haben sich die berichteten Beträge damit fast verdoppelt.¹³ Zu den Kosten zählen nicht nur die Aufwendungen für selbst finanzierte profes-

sionelle Hilfen, sondern alle Ausgaben, die im Zusammenhang mit der Pflege entstehen. Dies können zum Beispiel Mehrkosten für eine spezielle Ernährung sein, aber auch Aufwandsentschädigungen für eine Person aus der Nachbarschaft.

2.5. Empfohlene und benötigte Rehabilitationsmaßnahmen und Heilmittel

Eines der Ziele der Pflegereform 2008 ist die Stärkung von Prävention und Rehabilitation. Wo möglich, soll eine Pflegebedürftigkeit vermieden bzw. überwunden werden, oder es soll zumindest eine Verschlimmerung verhindert werden (§ 5 SGB XI). Stellt der MDK im Rahmen seiner Begutachtung oder im Rahmen von Nachuntersuchungen fest, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich und gleichzeitig für die pflegebedürftige Person zumutbar sind, so leitet die Pflegekasse nach § 31 Abs. 3 SGB XI die notwendigen Schritte ein. Die Pflegebedürftigen haben nach § 6 Abs. 2 SGB XI an den notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen mitzuwirken. Die Rehabilitationsmaßnahmen sollen nach § 40 Abs. 1 SGB V vorrangig ambulant erfolgen. Erst wenn dies nicht ausreicht, um eine Behinderung oder Pflegebe-

¹³ Es kann an dieser Stelle nicht endgültig geklärt werden, ob der Anstieg der selbst finanzierten Kosten nur damit zusammenhängt, dass trotz der seit 1998 gestiegenen Lebenserhaltungskosten erstmals im Jahr 2008 und danach im Jahr 2010 die Leistungen der Pflegeversicherung erhöht wurden, oder ob sich an dieser Stelle auch subjektive Bewertungsmaßstäbe geändert haben, welche finanziellen Belastungen im Haushalt als durch die Pflege verursacht betrachtet werden.

Tab. 2.17 Höhe der regelmäßig im Monat privat getragenen Kosten, die im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit entstehen (%)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten

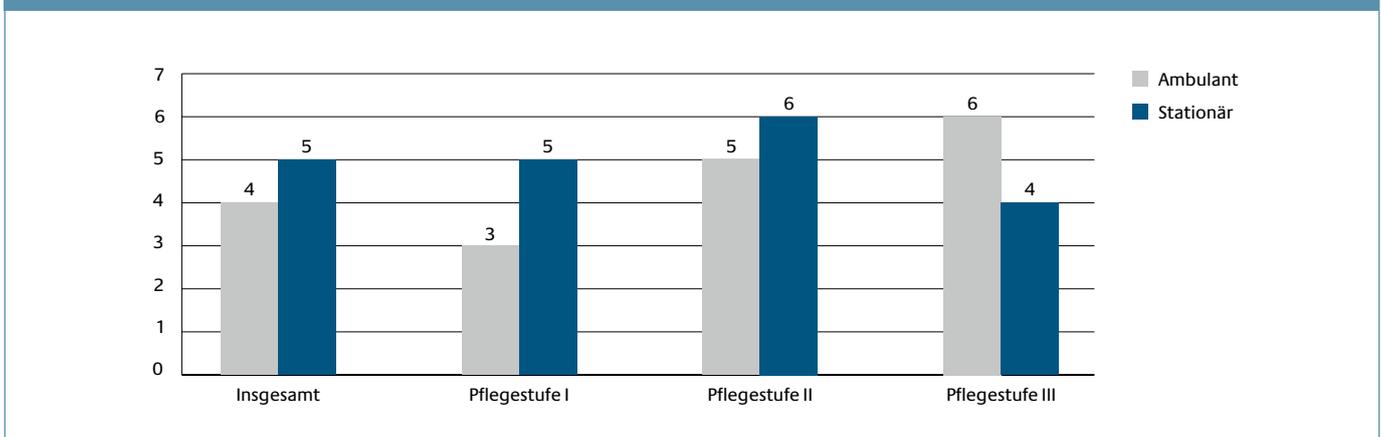
	Insgesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Keine eigenen Kosten	19	19	18	19
1 b. u. 100 Euro	8	10	6	4
100 b. u. 200 Euro	18	18	18	10
200 b. u. 300 Euro	15	15	14	17
300 b. u. 400 Euro	11	12	8	12
400 b. u. 500 Euro	4	3	4	5
500 b. u. 1.000 Euro	9	7	12	14
1.000 Euro und mehr	4	2	6	8
Durchschnitt in Euro	247	204	298	337
Nachrichtlich: Durchschnitt 1998 in Euro	130	107	135	196

Fehlend zu 100 = Keine Angabe

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 2.24 Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen durch den MDK nach Pflegestufe (%)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten



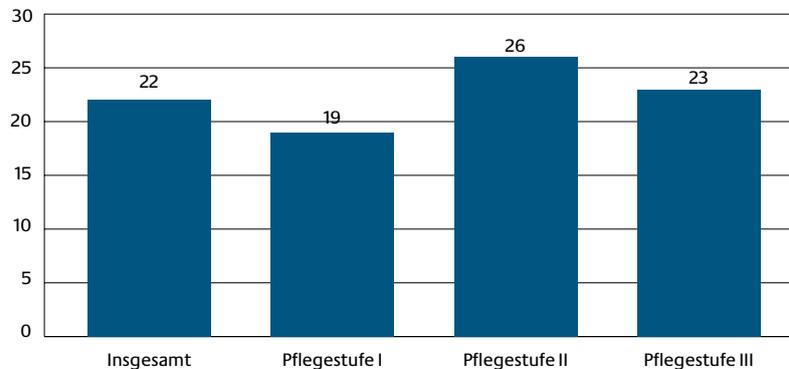
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

bedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen abzumildern, so übernimmt die Krankenkasse nach § 40 Abs. 2 SGB V die Kosten für eine stationäre Rehabilitation.

Vier Prozent der Pflegebedürftigen in Privathaushalten hat der MDK ambulante Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen, und fünf Prozent erhielten eine Empfehlung für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen. Die Unterschiede zwischen den Pflegestufen sind nur gering.

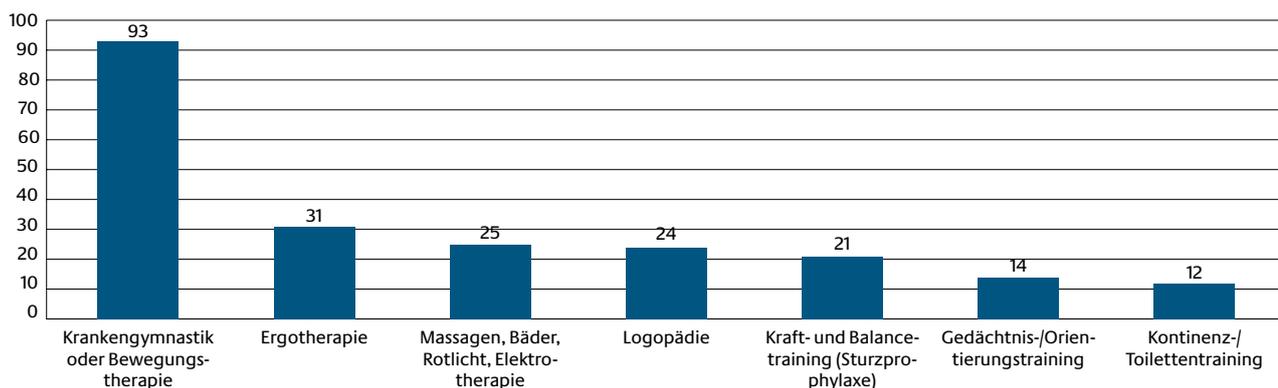
Neben den Rehabilitationsmaßnahmen können auch Heilmittel nach § 32 SGB V dazu beitragen, eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest zu mindern. Zu den Heilmitteln zählen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) Maßnahmen der physikalischen Therapie, wie z. B. Krankengymnastik und Massage, Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der Ergotherapie und der podologischen Therapie.

Abb. 2.25 Empfehlung von Heilmitteln durch den MDK nach Pflegestufe (%)
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 2.26 Empfohlene Heilmittel (Mehrfachnennungen, %)
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten, denen der MDK Heilmittel empfohlen hat



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

22 Prozent der Pflegebedürftigen haben im Rahmen der Begutachtung durch den MDK eine Empfehlung für Heilmittel erhalten. Damit wurden Heilmittel weitaus häufiger als Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen. Am häufigsten wurden entsprechende Maßnahmen bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II für erforderlich gehalten.

In den meisten Fällen wurde Krankengymnastik oder Bewegungstherapie empfohlen, mit weitem Abstand gefolgt von Ergotherapie. Alle anderen Maßnahmen wurden in weniger als einem Viertel der Fälle empfohlen. Die Maßnahmen, die der MDK als notwendig erachtet hat, sind in Abbildung 2.26 dargestellt.

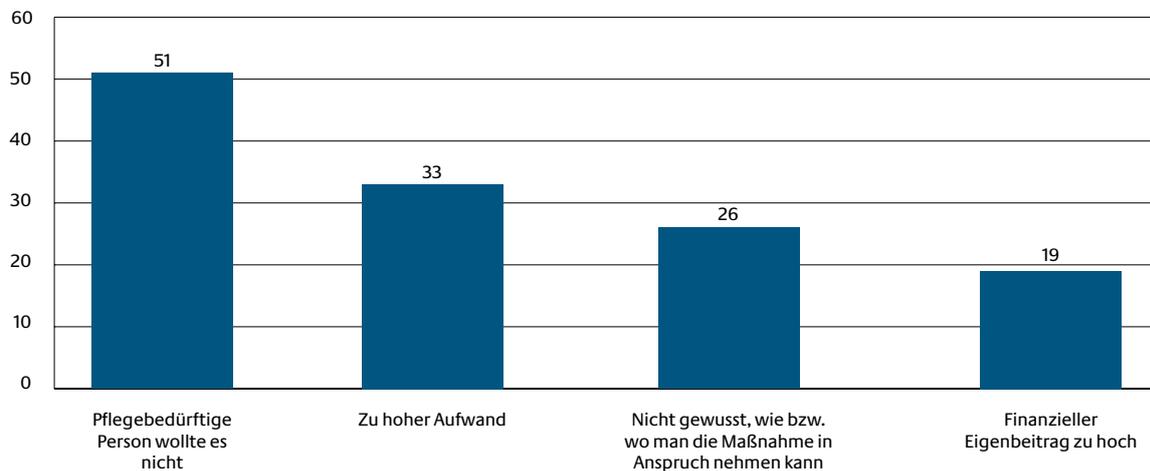
Die Rehabilitationsmaßnahmen und Heilmittel, die der MDK empfohlen hat, wurden von den Pflegebedürftigen ganz überwiegend in Anspruch genommen. Lediglich ein

kleiner Teil der Pflegebedürftigen hat die empfohlenen Maßnahmen nur teilweise oder gar nicht genutzt. Hierin enthalten sind auch diejenigen, bei denen die Empfehlung erst kurze Zeit zurückliegt, und die die jeweiligen Maßnahmen möglicherweise noch in der nächsten Zeit in Anspruch nehmen werden.

Als Grund dafür, dass empfohlene Rehabilitationsmaßnahmen oder Heilmittel nicht oder nur teilweise genutzt wurden, hat die befragte Person am häufigsten genannt, dass die pflegebedürftige Person dies nicht wollte und dass der Aufwand zu hoch gewesen wäre. Gut ein Viertel hat angegeben, dass sie nicht wussten, wie bzw. wo man die Maßnahme in Anspruch nehmen kann, und knapp einem Fünftel war der Eigenbeitrag zu hoch. Eine Differenzierung zwischen Rehabilitationsmaßnahmen und Heilmitteln ist an dieser Stelle nicht möglich, da die entsprechende Frage nicht zwischen beidem trennt.

Abb. 2.27 Gründe für die (teilweise) Nicht-Inanspruchnahme von empfohlenen Heilmitteln und Rehabilitationsmaßnahmen (Mehrfachnennungen, %)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten, die die vom MDK empfohlenen Heilmittel oder Rehabilitationsmaßnahmen nicht oder nur teilweise genutzt haben



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tab. 2.18 Inanspruchnahme empfohlener Rehabilitationsmaßnahmen und Heilmittel (%)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten, denen der MDK das entsprechende Heilmittel bzw. die entsprechende Rehabilitationsmaßnahme empfohlen hat

	Ja	Teilweise	Nein
Rehabilitationsmaßnahmen			
Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen	85	4	11
Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen	73	6	20
Heilmittel			
Krankengymnastik oder Bewegungstherapie	82	7	11
Ergotherapie	88	3	9
Massagen, Bäder, Rotlicht oder Elektrotherapie	79	13	8
Logopädie	73	21	5
Kraft- und Balancetraining	69	8	21

Fehlend zu 100 = Keine Angabe

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

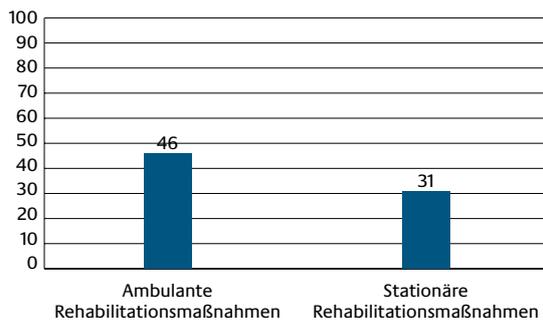
Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen wurden mit 85 Prozent besonders häufig entsprechend der Empfehlung genutzt. Weitere vier Prozent haben die stationären Rehabilitationsmaßnahmen zumindest teilweise genutzt. Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen wurden hingegen lediglich von 73 Prozent der Pflegebedürftigen voll in Anspruch genommen und von weiteren sechs Prozent teilweise.

Bei den empfohlenen Heilmitteln wurden mit jeweils über 80 Prozent Ergotherapie und Krankengymnastik bzw. Bewegungstherapie besonders häufig entsprechend der Empfehlung des MDK in Anspruch genommen. Massagen und weitere passive Heilmittel wurden ebenfalls zu 79 Prozent wie empfohlen genutzt. Logopädische Maßnahmen wurden lediglich von 73 Prozent der Pflegebedürftigen voll in Anspruch genommen. Mit 21 Prozent hat hier aber immerhin ein relativ hoher Anteil die Empfehlung zumin-

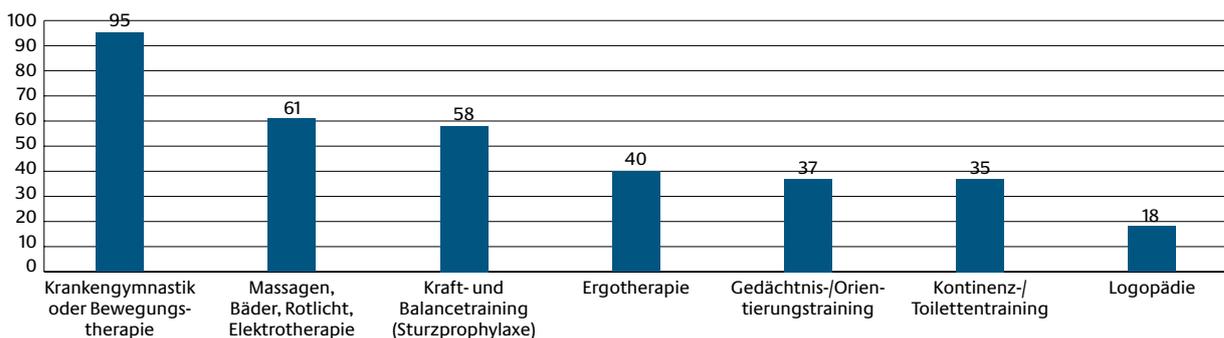
Abb. 2.28 Aus Sicht der Pflegebedürftigen notwendige Rehabilitationsmaßnahmen und Heilmittel (Mehrfachnennungen, %)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten, denen der MDK keine Heilmittel und Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen hat, die aber selber Bedarf sehen

Rehabilitationsmaßnahmen



Heilmittel



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

dest teilweise genutzt. Kraft- und Balance-Training wurde nur von 69 Prozent der Pflegebedürftigen gemäß der Empfehlung des MDK durchgeführt. Hier ist zudem der Anteil derjenigen, die die Maßnahme gar nicht in Anspruch genommen haben, mit 21 Prozent besonders hoch.

Für das Gedächtnis- und Orientierungstraining sowie das Kontinenz- bzw. Toilettentraining können aufgrund der geringen Fallzahlen leider keine detaillierten Analysen erfolgen. Die Daten weisen aber darauf hin, dass sich auch hier die Anteile derjenigen, die die Maßnahmen in Anspruch genommen haben, im Rahmen der Spannweite der bereits genannten Maßnahmen bewegen.

Sofern der MDK im Rahmen seiner Begutachtung keine Rehabilitationsmaßnahmen oder Heilmittel empfohlen hat, wurde gefragt, ob die pflegebedürftige Person selber einen Bedarf an entsprechenden Maßnahmen sieht. 41 Prozent haben diese Frage mit „ja“ beantwortet.

Besonders wichtig sind solche Maßnahmen den Pflegebedürftigen der Pflegestufen I und II mit jeweils 42 Prozent. Von den Pflegebedürftigen der Pflegestufe III sehen nur 33 Prozent einen entsprechenden Bedarf.

Welche Maßnahmen den Pflegebedürftigen im Einzelnen besonders wichtig sind, zeigt Abbildung 2.28.

Vergleicht man die durchschnittliche Zahl der vom MDK empfohlenen Maßnahmen mit der durchschnittlichen Zahl der Maßnahmen, die diejenigen für notwendig erachten, denen keine Maßnahmen empfohlen wurden, so zeigen sich erhebliche Unterschiede. Während der MDK im Schnitt 2,7 Maßnahmen empfohlen hat, halten die Pflegebedürftigen selber im Schnitt 4,5 Maßnahmen für notwendig¹⁴.

¹⁴Die Zahlen beziehen sich jeweils nur auf diejenigen, denen Heilmittel oder Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen wurden bzw. die diese Maßnahmen selber für notwendig halten.

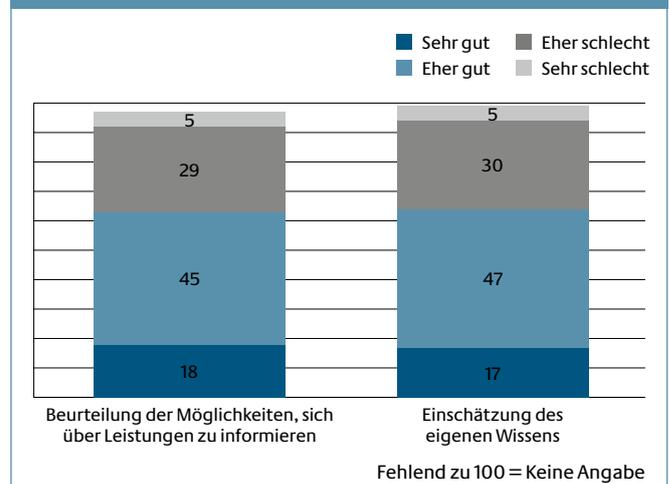
Selbstverständlich sagt diese Einschätzung noch nichts darüber aus, ob entsprechende Maßnahmen auch aus medizinischer Sicht sinnvoll wären¹⁵. Sie weist aber darauf hin, dass der Bedarf an Heilmitteln und Rehabilitationsleistungen mit den empfohlenen Maßnahmen nicht abgedeckt wird. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass eine Begutachtung durch den MDK nur bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit bzw. im Rahmen eines Antrags auf Eingruppierung in eine höhere Pflegestufe erfolgt. Zudem mag es den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen auch an kompetenten Ansprechpartnern fehlen, wenn aus ihrer Sicht Bedarf an Heilmitteln oder Rehabilitationsmaßnahmen besteht. Im Sinne der im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorgesehenen Stärkung von Prävention und Rehabilitation sollte nach geeigneten Wegen gesucht werden, um Pflegebedürftigen in Privathaushalten den Zugang zu notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen und Heilmitteln zu erleichtern.

2.6. Information und Beratung über Leistungen der Pflegeversicherung

Knapp zwei Drittel der privaten Pflegehaushalte schätzen die Möglichkeiten, sich über die Leistungen der Pflegeversicherung zu informieren, als gut oder sogar sehr gut ein. Etwas mehr als ein Drittel ist allerdings der Meinung, dass die Möglichkeiten eher schlecht oder sogar sehr schlecht sind. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Frage danach, wie gut sich die Befragten selber über das Leistungsangebot der Pflegeversicherung informiert fühlen.

Besonders schlecht werden die Informationsmöglichkeiten von denjenigen eingeschätzt, deren Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung abgelehnt wurde. Von ihnen sind 62 Prozent der Meinung, dass die Möglichkeiten, sich über die Leistungen der Pflegeversicherung zu informieren, eher schlecht oder sogar sehr schlecht sind. 67 Prozent fühlen sich selber nur schlecht informiert.

Abb. 2.29 Informationen über Leistungen der Pflegeversicherung (%)
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten

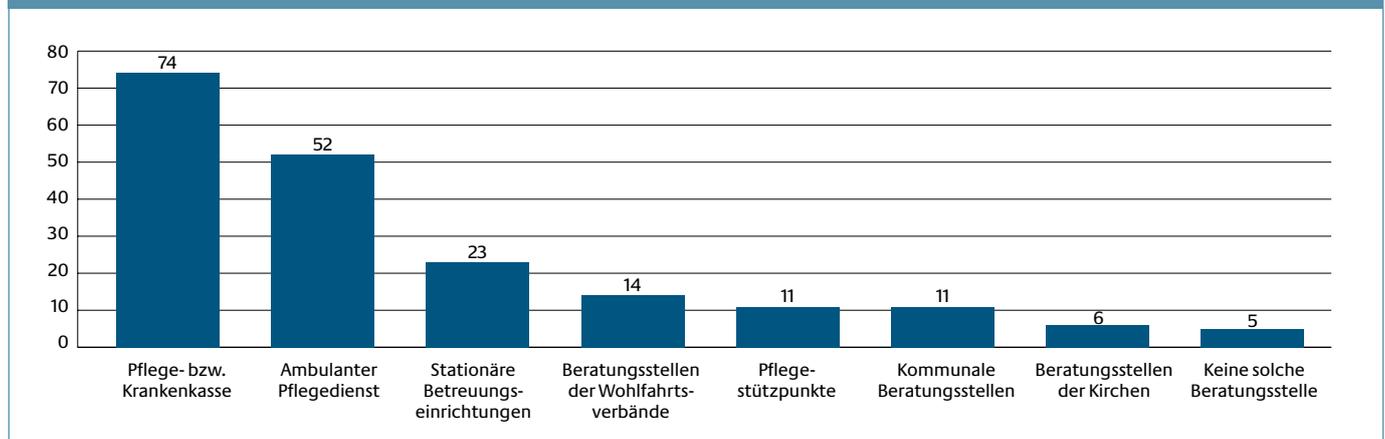


Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

¹⁵ Eine Kosten-Nutzen-Analyse der Heilmittel und Rehabilitationsleistungen war nicht Gegenstand dieser Studie.

Abb. 2.30 Genutzte Anlaufstellen, um sich über Fragen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit zu informieren (Mehrfachnennungen, %)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010; Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten

2.6.1. Nutzung von Pflegestützpunkten und weiteren Koordinierungsstellen

95 Prozent und damit fast alle Pflegehaushalte haben schon einmal auf Informations- oder Beratungsangebote zurückgegriffen, um sich über Fragen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit zu informieren. Rund drei Viertel der Pflegehaushalte haben das Informationsangebot von Pflege- bzw. Krankenkassen genutzt. Die Hälfte der Pflegebedürftigen hat sich bei ambulanten Pflegediensten informiert. 11 Prozent haben sich in Pflegestützpunkten beraten lassen. Dass dieser Anteil noch vergleichsweise gering ist, hängt sicher vorrangig damit zusammen, dass es noch kein flächendeckendes System von Pflegestützpunkten gibt^{16 17}.

Nicht immer handelt es sich bei den in Anspruch genommenen Beratungsleistungen um intensive oder gar kontinuierliche Leistungen. Zu den Beratungsleistungen zählen hier z. B. auch Informationsbroschüren, die genutzt wurden, um sich zu einer bestimmten Frage zu informieren. Jeweils 74 Prozent derjenigen, die sich bei einer der

Beratungsstellen informiert haben, haben schriftliche Informationsmaterialien bzw. ein persönliches Beratungsgespräch genutzt. 35 Prozent haben Internetseiten genutzt und weitere 33 Prozent haben sich telefonisch beraten lassen. Insgesamt haben 78 Prozent aller Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen entweder eine persönliche oder telefonische Beratung genutzt.

Für einzelne Informationen, die insbesondere die Verbraucherrolle der Pflegehaushalte stärken sollen, wurde explizit erfragt, ob diese den Pflegebedürftigen bei den genutzten Anlaufstellen zur Verfügung gestellt wurden.

So gut wie jeder zweite Pflegehaushalt berichtet, keine der abgefragten Informationen erhalten zu haben. 29 Prozent wurden über weitere Pflegeberatungsangebote oder Pflegestützpunkte informiert, 24 Prozent über niedrigschwellige Betreuungsangebote, 22 Prozent gaben an, Preislisten erhalten zu haben und 15 Prozent wurden auf Angaben zur Qualität von Pflegeeinrichtungen oder -diensten verwiesen. Betrachtet man an dieser Stelle nur die Pflegehaushalte, in denen die Pflegebedürftigkeit erst seit 2009 oder 2010 besteht, und die sich – gegebenenfalls neben anderen Beratungsstellen – bei einer Pflege- bzw. Krankenkasse informiert haben, so ist der Anteil derjenigen, die die jeweilige Information erhalten haben, höher. In dieser Gruppe wurde etwas mehr als ein Drittel über den nächsten Pflegeberater oder Pflegestützpunkt informiert und knapp ein Drittel hat Leistungs- und Preisvergleichslisten über zugelassene Pflegeeinrichtungen oder Pflegedienste erhalten. Lediglich gut ein Drittel hat angegeben, keine der genannten Informationen erhalten zu haben.

¹⁶Die Kategorien „Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände“ und „Beratungsstellen der Kirchen“ sind nicht ganz trennscharf. So ist nicht auszuschließen, dass Befragte die Beratungsstellen der Diakonie und der Caritas zu den Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände und nicht zu den Beratungsstellen der Kirchen gezählt haben.

¹⁷Ein kleiner Teil der Befragten hat angegeben, sonstige Anlaufstellen genutzt zu haben. Hierbei handelt es sich insbesondere um (Haus-)Ärztinnen und Ärzte, Verwandte und Bekannte oder Sozialdienste im Krankenhaus. In einem Fall wurde explizit eine Wohnberatungsstelle genannt. In der Regel werden die Wohnberatungsstellen aber zu den Beratungsstellen der jeweiligen Träger gezählt worden sein.

Tab. 2.19 Ausgewählte Informationen der Beratungsstellen (Mehrfachnennungen, %)
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten, die mindestens eine Beratungsstelle genutzt haben.

	Pflegestufe				Pflegebeginn 2009/10 und Pflege-/ Krankenkasse genutzt
	Insgesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	
Informationen zum nächsten Pflegeberater oder Pflegestützpunkt	29	29	27	37	36
Informationen zu niedrighschwelligem Betreuungsangeboten	24	22	25	30	25
Leistungs- und Preisvergleichslisten über zugelassene Pflegeeinrichtungen oder -dienste	22	21	21	31	32
Angaben zu Veröffentlichungen zur Qualität der Pflegeeinrichtungen oder -dienste	15	12	21	16	20
Keine der genannten Informationen	49	52	49	40	34

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

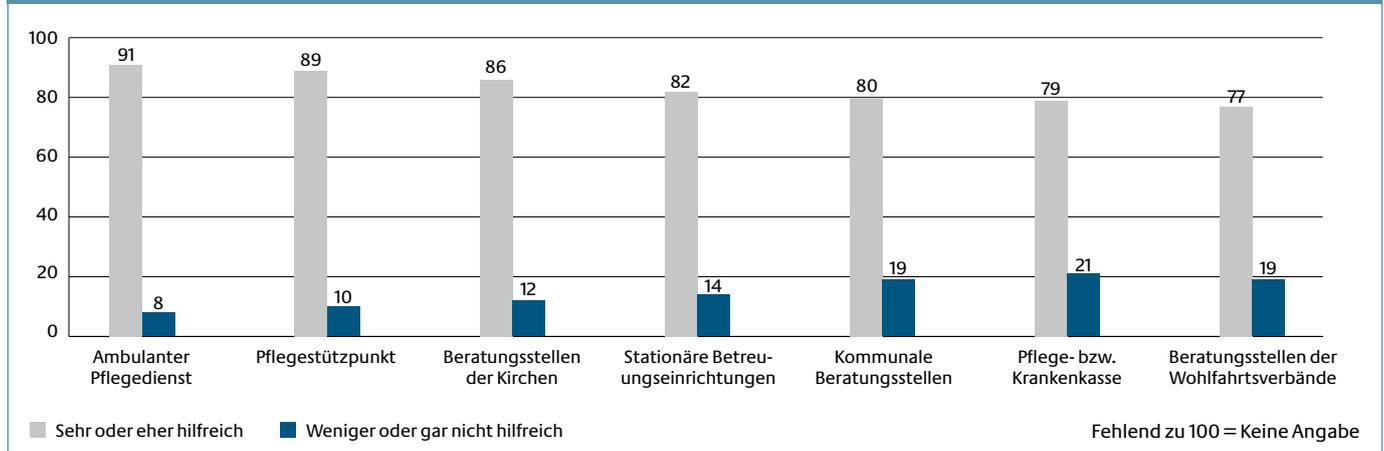
Aus den relativ niedrigen Anteilen derjenigen, die die jeweiligen Informationen erhalten haben, kann allerdings nicht geschlossen werden, dass diese Informationen grundsätzlich den Pflegehaushalten vorenthalten werden. So ist es denkbar, dass der Berater oder die Beraterin die Information manchmal zwar gegeben bzw. entsprechende Listen ausgehändigt hat, dass dies von den Befragten aber nicht bewusst wahrgenommen oder mittlerweile vergessen wurde. Auch wenn zum Beispiel von den Pflegehaushalten kein Bedarf gesehen wird, ambulante Dienstleistungen zu nutzen und stattdessen das Pflegegeld präferiert wird, dann wird hier möglicherweise kein Informationsbedarf gesehen. Auf der anderen Seite sollte eine qualifizierte Pflegeberatung allerdings auch immer bewusst auf Alternativen verweisen und neue Wege aufzeigen. Dies scheint im Lichte der Ergebnisse nach wie vor deutlich unterentwickelt zu sein. Pflegebedürftige der Pflegestufe III haben die genannten Informationen überdurchschnittlich häufig erhalten. Für sie sind diese Informationen häufiger relevant als für Pflegebedürftige der Pflegestufen I und II.

Die überwiegende Mehrheit der Pflegehaushalte fand die Informationen, die sie bei der jeweiligen Anlaufstelle erhalten hat, eher oder sogar sehr hilfreich. Am häufigsten trifft dies auf die Informationen von ambulanten Pflegediensten zu. Dabei dürfte der konkrete Bezug zur Pflegesituation eine wichtige Rolle spielen. An zweiter Stelle stehen die Informationen, die Pflegebedürftige bei Pflegestützpunkten erhalten haben. 89 Prozent der Pflege-

bedürftigen, die Pflegestützpunkte genutzt haben, fanden die dort erhaltenen Informationen sehr oder eher hilfreich. Auch die Informationen von Beratungsstellen der Kirchen sowie von stationären Betreuungseinrichtungen und kommunalen Beratungsstellen waren für mindestens 80 Prozent der Nutzer und Nutzerinnen hilfreich. Pflegekassen und Beratungsstellen der freien Wohlfahrtsverbände liegen mit 79 bzw. 77 Prozent knapp darunter. Bei der Beurteilung der Information durch die Pflege- bzw. Krankenkassen ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei zu einem gewissen Teil um Informationen zu Leistungsansprüchen handelt und dass eine Auskunft, mit der die Betroffenen inhaltlich unzufrieden sind, eine negative Beurteilung der Information als solche zur Folge haben kann. Die vorliegenden Daten lassen keinen Hinweis darauf erkennen, dass die Art des genutzten Angebots einen Einfluss auf die Beurteilung der Information hat und z. B. persönliche Informationen besser beurteilt werden als am Telefon erhaltene Informationen.

Die gute Beurteilung der Qualität der Informationen von Pflegestützpunkten zeigt, dass die Pflegestützpunkte eine wichtige und sinnvolle Einrichtung sind und die Informationsbedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, auch verglichen mit dem Informationsangebot der Pflege- und Krankenkassen, besonders passgenau erfüllen. Dass 11 Prozent der Pflegebedürftigen die Informationen der Pflegestützpunkte als weniger oder gar nicht hilfreich beurteilen, zeigt aber, dass auch hier noch Optimierungspotential besteht.

Abb. 2.31 Beurteilung der von der jeweiligen Anlaufstelle erhaltenen Informationen (%)
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten, die die jeweilige Anlaufstelle genutzt haben



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

2.6.2. Pflegeberatung

Seit 1.1.2009 haben Pflegebedürftige nach § 7a SGB XI einen Rechtsanspruch auf eine individuelle Pflegeberatung. Aufgabe des Pflegeberaters bzw. der Pflegeberaterin ist es insbesondere, einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen, der nicht nur die Leistungen der Pflegeversicherung und gegebenenfalls weitere Sozialleistungen umfasst, sondern auch sonstige Hilfsangebote, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Darüber hinaus soll der Pflegeberater bzw. die Pflegeberaterin die Umsetzung des Versorgungsplans begleiten, die Pflegebedürftigen bei der Einholung der Genehmigungen durch den jeweiligen Leistungsträger unterstützen und den Versorgungsplan im Fall einer Bedarfsänderung entsprechend anpassen. Ziel dieser neuen Regelung ist es, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen das jeweils für sie passende Pflegearrangement finden und bei Bedarf und auf Wunsch auch bei der Umsetzung unterstützt werden.

Der Rechtsanspruch auf eine individuelle Pflegeberatung ist derzeit mit 30 Prozent der Pflegehaushalte nur einer Minderheit bekannt, und dies, obwohl 64 Prozent der Befragten der Meinung sind, dass ihr Wissen über die Leistungen der Pflegeversicherung sehr gut oder doch immerhin eher gut ist. 26 Prozent der Pflegebedürftigen wurden von der Pflegekasse auf den Rechtsanspruch hingewiesen und 10 Prozent haben die Pflegeberatung tatsächlich genutzt. Diejenigen, bei denen die Pflegebedürftigkeit 2009 oder 2010, d. h. nach Inkrafttreten des Rechtsanspruchs, eintrat, wurden mit 35 Prozent etwas

häufiger von der Pflegekasse über den Rechtsanspruch informiert, als diejenigen, die bereits seit 2008 oder früher pflegebedürftig sind. Sie haben die Pflegeberatung mit 15 Prozent auch etwas häufiger genutzt. Die Unterschiede sind allerdings geringer als erwartet.

Die Frage danach, ob die Pflegekasse darauf hingewiesen hat, dass ein Rechtsanspruch auf eine individuelle Pflegeberatung besteht, scheint für die Befragten besonders schwierig zu beantworten zu sein. So haben hier 12 Prozent keine Angabe gemacht und auch der Umstand, dass einerseits 35 Prozent der Pflegehaushalte mit Eintritt der Pflegebedürftigkeit in 2009 oder 2010 angeben haben, von der Pflegekasse auf den Rechtsanspruch hingewiesen worden zu sein, gleichzeitig aber nur 29 Prozent angegeben haben, dass ihnen der Rechtsanspruch bekannt ist, weist darauf hin, dass hier seitens der Befragten Unklarheiten bestehen. Möglicherweise ist für sie die individuelle Pflegeberatung nicht unbedingt von einem einfachen Beratungsgespräch zu unterscheiden. Aus diesem Grund ist auch davon auszugehen, dass nicht nur die 10 Prozent, die angegeben haben, dass sie eine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben, ausführlich beraten wurden, sondern dass der Anteil derjenigen, die eine umfassende Beratung erhalten haben, etwas höher ist.

Tab. 2.20 Individuelle Pflegeberatung nach Zeitpunkt des Eintritts der Pflegebedürftigkeit (%)

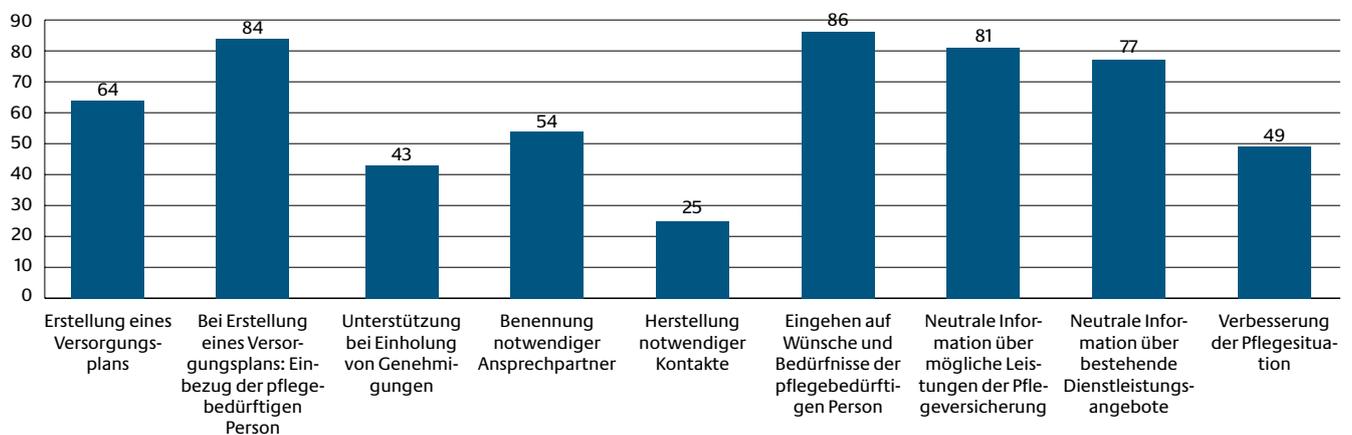
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten

	Eintritt der Pflegebedürftigkeit			
	Insgesamt	2009 / 2010	2008	2007 und früher
Rechtsanspruch bekannt	30	29	34	30
Von der Pflegekasse auf Rechtsanspruch hingewiesen	26	35	29	24
Pflegeberatung in Anspruch genommen	10	15	12	9

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 2.32 Merkmale der individuellen Pflegeberatung (Mehrfachnennungen, %)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten, die eine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Ein zentrales Element der Pflegeberatung ist die Erstellung eines Versorgungsplans, der die individuelle Situation der pflegebedürftigen Person berücksichtigt. Knapp zwei Drittel derjenigen, die eine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben, berichten, dass der Pflegeberater bzw. die Pflegeberaterin einen solchen Versorgungsplan erstellt hat. Die Pflegebedürftigen wurden hierbei ganz überwiegend einbezogen.

Darüber hinaus hat der Pflegeberater bzw. die Pflegeberaterin überwiegend die Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person berücksichtigt und neutral über die Leistungen der Pflegeversicherung sowie weitere Dienstleistungsangebote informiert. In etwas mehr als der Hälfte der Beratungen wurden die notwendigen Ansprechpartner benannt und bei einem Viertel der Beratungen auch die Kontakte hergestellt. 43 Prozent der Pflegebedürftigen, die eine Beratung in Anspruch genommen haben, wurden von ihrem Pflegeberater bzw. ihrer Pflegeberaterin bei der Einholung von erforderlichen Genehmigungen unterstützt.

Insgesamt berichten 49 Prozent der Pflegebedürftigen, dass sich bei ihnen die Pflegesituation durch die Pflegeberatung verbessert hätte.

87 Prozent derjenigen, die eine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben, hatten zuvor den Wunsch geäußert, dass die Pflegeberatung zu Hause stattfindet. In fast allen Fällen wurde diesem Wunsch entsprochen. Lediglich in einem Prozent der Fälle wurde ein entsprechender Wunsch nicht berücksichtigt.

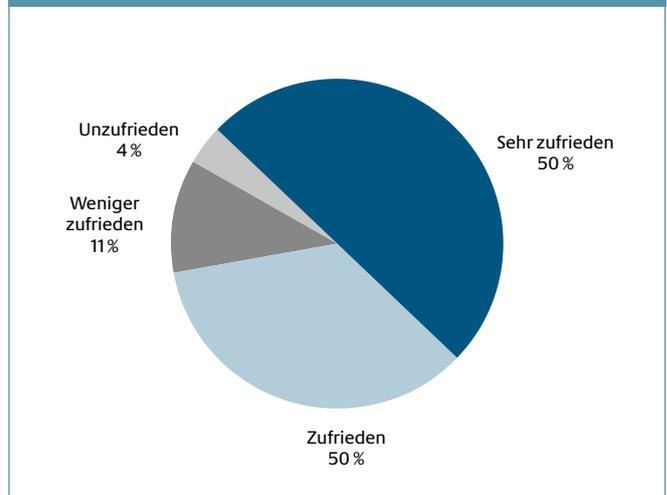
Die Hälfte derjenigen, die eine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben, war mit der Beratung sehr zufrieden, weitere 35 Prozent waren zufrieden. 15 Prozent waren allerdings weniger zufrieden oder sogar unzufrieden.

Die Ergebnisse der Repräsentativbefragung zeigen, dass bislang weit weniger als die Hälfte der Pflegehaushalte über den Rechtsanspruch auf eine individuelle Pflegeberatung informiert sind. Hier besteht noch ein erhebliches Informationsdefizit, das es zu beheben gilt. Denn nur, wenn den Betroffenen der Rechtsanspruch auf eine umfassende Beratung bekannt ist, haben sie überhaupt die Gelegenheit, diese Beratungsleistung auch zu nutzen und so das bestehende Pflegearrangement mit Unterstützung des Pflegeberaters oder der Pflegeberaterin optimal zu gestalten und alle hierfür zur Verfügung stehenden Leistungen der Pflegeversicherung oder anderer Träger in Anspruch zu nehmen.

Nicht alle, denen der Rechtsanspruch bekannt ist, haben die Pflegeberatung auch genutzt. Die Frage nach den Gründen lässt sich anhand der Daten nicht eindeutig beantworten. Möglicherweise war die Beratung aus Sicht der Pflegehaushalte nicht notwendig, vielleicht waren aber auch die Inhalte der Pflegeberatung nicht hinreichend bekannt, so dass der Nutzen nicht richtig eingeschätzt werden konnte. Dies kann dazu geführt haben, dass die Kosten der Inanspruchnahme höher eingeschätzt wurden als der erwartete Nutzen. Zu den Kosten zählen dabei nicht nur Zeit oder Geld in Form von Fahrtkosten, sondern z. B. auch die Überwindung der Bedenken, mit einer fremden Person über Details der privaten Pflegesituation zu sprechen.

Immerhin ein Drittel derjenigen, die eine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben, gibt an, dass kein Versorgungsplan erstellt wurde. In einem Teil dieser Fälle mag eine Beratung ausreichend und ein Versorgungsplan nicht erforderlich gewesen sein, doch deutet dieser Befund auch darauf hin, dass bei der Gestaltung der Pflegeberatung noch Optimierungsbedarf besteht. Dabei sollte in Schulungen der Pflegeberater und Pflegeberaterinnen noch einmal ausdrücklich auf die zentrale Bedeutung des Versorgungsplans hingewiesen werden. Inwieweit dies auch für die Benennung notwendiger Ansprechpartner und die Herstellung entsprechender Kontakte sowie die Unterstützung bei der Einholung von Genehmigungen gilt, lässt sich anhand der Daten nicht mit Sicherheit einschätzen. Diese Unterstützungsleistungen wurden von den Pflegeberatern und -beraterinnen nur in 25 bis 54 Prozent der Beratungen erbracht, doch lässt sich anhand der Daten nicht beurteilen, inwieweit sie auch in den übrigen Fällen für eine optimale Gestaltung der Pflegesituation hilfreich oder sogar erforderlich gewesen wären.

Abb. 2.33 Zufriedenheit mit der individuellen Pflegeberatung (%) Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten, die eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Anspruch genommen haben



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

2.7. Qualität in der Pflege

Professionelle Pflege muss hohe Qualitätsstandards erfüllen, damit Pflegebedürftige angemessen betreut werden können. Darüber hinaus muss die Qualität der ambulanten Pflegedienste und der Pflegeheime aber auch für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen transparent und nachvollziehbar sein. Nur so können sie Qualitätskriterien bei der Entscheidung für einen professionellen Pflegeanbieter einbeziehen.

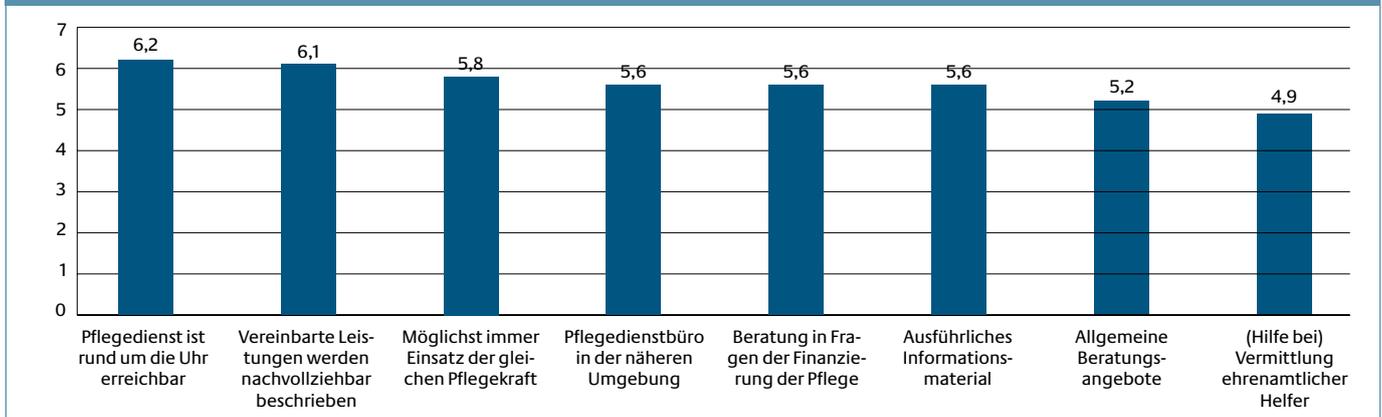
Diejenigen, die ambulante oder teilstationäre Leistungen nutzen oder dies für die nächste Zeit planen, wurden gefragt, wie gut sie sich über die Qualität der Pflege bei ambulanten Diensten bzw. teilstationären Leistungen informiert fühlen und wie leicht oder wie schwierig sie es finden, sich über die Qualität zu informieren¹⁸.

Diejenigen, die Sach- bzw. Kombileistungen in Anspruch nehmen oder dies für die Zukunft planen, fühlen sich gut über die Qualität der Pflege bei den ambulanten Diensten informiert. Für die Beurteilung stand eine Skala von 1 bis 7 zur Verfügung, wobei 1 „Sehr schlecht informiert“ und 7 „Sehr gut informiert“ bedeutet. Der Durchschnitt liegt bei 5,0. Insgesamt 71 Prozent haben „gut bis sehr gut“ (5

¹⁸ Entsprechende Fragen wurden auch denjenigen gestellt, die beabsichtigen, in nächster Zeit ein Pflegeheim in Anspruch zu nehmen. Die Fallzahlen bei den Pflegeheimen reichen allerdings nicht aus, um die Antworten auszuwerten zu können.

Abb. 2.34 Wichtigkeit ausgewählter Kriterien bei der Entscheidung für einen ambulanten Pflegedienst (Mittelwert, Skala von 1 = Völlig unwichtig bis 7 = Sehr wichtig)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten, die Sachleistungen bzw. Kombileistungen in Anspruch nehmen oder dies in naher Zukunft planen



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

bis 7) geantwortet. Von den Interessenten oder den Inanspruchnehmern von teilstationären Leistungen fühlen sich 50 Prozent „gut bis sehr gut“ informiert. Der Durchschnitt liegt hier bei 4,4.

Die Möglichkeiten, sich über die Qualität der Pflege der ambulanten Dienste zu informieren, wurden etwas schlechter beurteilt als der eigene Kenntnisstand. Auch hier reichte die Skala von 1 bis 7, wobei 1 bedeutet, dass die Befragten es sehr schwierig fanden, sich über die Qualität der Leistungen zu informieren und 7, dass sie es sehr leicht fanden. 47 Prozent sehen „gute bis sehr gute“ Möglichkeiten (5 bis 7) sich zu informieren. Der Durchschnitt beträgt 4,3. Bei teilstationären Diensten sind es sogar nur 34 Prozent, die die Möglichkeiten zur Information über die Qualität der Angebote „gut bis sehr gut“ einschätzen. Der Durchschnitt beträgt sogar nur 3,8. Folgt man den Einschätzungen der Pflegehaushalte, so sind die Möglichkeiten, sich über die Qualität von Angeboten zu informieren, nach wie vor unbefriedigend.

Damit die ambulanten Pflegedienste ihr Angebot noch besser an den Wünschen der Pflegebedürftigen ausrichten können, müssen sie natürlich wissen, welche Kriterien bei der Entscheidung für einen ambulanten Pflegedienst besonders wichtig sind. Im Rahmen der Repräsentativbefragung wurden diejenigen, die Sach- oder Kombileistungen in Anspruch nehmen oder dies in nächster Zeit planen, für eine Auswahl möglicher Kriterien gebeten, jeweils anhand einer Skala von 1 bis 7 zu beurteilen, wie wichtig ihnen die einzelnen Kriterien sind. Dabei bedeutet 1 „Völlig unwichtig“ und 7 „Sehr wichtig“.

Am wichtigsten ist den Befragten, dass der Pflegedienst rund um die Uhr erreichbar ist. 88 Prozent der Pflegehaushalte, die ambulante Leistungen nutzen oder dies in Zukunft planen, halten diesen Aspekt für „wichtig bis sehr wichtig“ (Skalenwert von 5 bis 7). Die Zustimmung insgesamt beträgt 6,2 auf der Skala von 1 bis 7. An zweiter Stelle folgt mit 85 Prozent fast gleichauf die Anforderung, dass die vereinbarten Leistungen nachvollziehbar beschrieben und entsprechend nachprüfbar sind (Zustimmung von 6,1 auf der Skala von 1 bis 7). Dass nach Möglichkeit immer die gleiche Pflegekraft eingesetzt wird, steht an dritter Stelle (82 Prozent, Zustimmung von 5,8), gefolgt von dem Wunsch nach einem Pflegedienstbüro in räumlicher Nähe (78 Prozent, Zustimmung 5,6), nach Beratung in Fragen der Finanzierung der Pflege (76 Prozent, Zustimmung 5,6) sowie dem Wunsch nach ausführlichem Informationsmaterial (75 Prozent, Zustimmung 5,6). Allgemeine Beratungsangebote (65 Prozent, Zustimmung 5,2) und auch die Vermittlung von ehrenamtlichen Helfern (65 Prozent, Zustimmung 4,9) werden hingegen als etwas weniger wichtig eingeschätzt.

Im Vordergrund stehen demnach die Qualität und die Transparenz der Kernleistungen, sprich der in Anspruch genommenen ambulanten Einsätze. Besonders wichtig ist die Verlässlichkeit und der persönliche Kontakt zur Pflegekraft sowie die Möglichkeit, im Bedarfsfall sofort, also rund um die Uhr, einen Ansprechpartner zu haben. Sonstige Beratungsangebote oder auch die Vermittlung von freiwilligen Helfern werden demgegenüber als etwas weniger wichtig eingestuft.

2.8. Migrationshintergrund und häusliche Pflege

Man kann sich dem Thema „Migration und häusliche Pflege“ aus zwei verschiedenen Blickrichtungen nähern. Zum einen sind da die Menschen, die im Laufe ihres Lebens aus einem anderen Land nach Deutschland gekommen sind oder die als Kinder von Einwanderern in Deutschland aufgewachsen sind. Nicht alle von ihnen sprechen die deutsche Sprache und ein Teil von ihnen hat einen kulturellen bzw. religiösen Hintergrund, der sich von der christlichen Religion und der Kultur in Deutschland unterscheidet. Werden diese Menschen pflegebedürftig, so kann es für sie besonders schwierig sein, sich über die Leistungen der Pflegeversicherung zu informieren und die notwendigen Anträge zu stellen. Auch der Einsatz professioneller Pflegekräfte kann mit Problemen verbunden sein. Nicht nur Sprachbarrieren, sondern auch unterschiedliche religiöse und kulturelle Hintergründe können zu Missverständnissen und zu Grenzüberschreitung seitens der Pflegekräfte führen, die diese aufgrund ihres mangelnden Wissens nicht als solche wahrnehmen. Das Thema „Migration in der Pflege“ kann aber auch Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund betreffen, wenn sie durch professionelle Pflegekräfte betreut werden, die nicht über umfassende Deutschkenntnisse verfügen oder die den religiösen und kulturellen Hintergrund der pflegebedürftigen Person nicht angemessen berücksichtigen können, da sie selber in einer anderen Kultur aufgewachsen sind.

Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund

Zu den Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund zählen im Rahmen der Repräsentativerhebung alle, die eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen, die selber nicht in Deutschland geboren sind oder die mindestens einen Elternteil haben, der nicht in Deutschland geboren ist. Nach dieser Abgrenzung haben acht Prozent der Pflegebedürftigen einen Migrationshintergrund, wobei allerdings nur ein Viertel dieser Migranten Ausländer ohne deutsche Staatsangehörigkeit sind. Zum Vergleich: Laut Mikrozensus 2009 haben 8,6 Prozent der Bevölkerung in Privathaushalten im Alter ab 65 Jahren sowie 7,3 Prozent der entsprechenden Bevölkerung ab 75 Jahren einen Migrationshintergrund. Nicht-Deutsche Staatsbürger hiervon sind etwa 39 bzw. 27 Prozent (Statistisches Bundesamt 2010c, eigene Berechnungen). Bei älteren Migranten handelt es sich demnach überwiegend um Spätaussiedler mit deutscher Staatsangehörigkeit.

Tab. 2.21 Situation Pflegebedürftiger mit und ohne Migrationshintergrund (%)
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten

	Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund	Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund
Alter		
unter 60 Jahre	29	17
60 b. u. 80 Jahre	42	34
80 Jahre und älter	29	49
Lebensform		
Alleinlebend	21	35
Ehepaare	29	28
Ehepaare mit Angehörigen	14	6
Verwitwete mit Angehörigen	15	18
Sonstige Alleinstehende mit Angehörigen	10	9
Kinder unter 16 Jahren / Elternhaushalt	11	4
Pflegestufe		
Stufe I	54	59
Stufe II	31	32
Stufe III	15	9

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund sind im Durchschnitt 62,1 Jahre alt und damit gut 10 Jahre jünger als Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund, deren Durchschnittsalter bei 72,7 Jahren liegt. Etwas häufiger als bei den Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund handelt es sich um minderjährige Kinder, die von ihren Eltern gepflegt werden. Der Anteil Alleinlebender ist hingegen sehr viel niedriger.

Unterschiede zeigen sich auch bei der Eingruppierung in Pflegestufen. So ist der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III bei Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund mit 15 Prozent sechs Prozentpunkte höher als bei denjenigen ohne Migrationshintergrund.

Tab. 2.22 Informationen über die Pflegeversicherung nach Migrationshintergrund (%)
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten

	Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund	Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund
Einschätzung der Möglichkeit, sich über die Leistungen der Pflegeversicherung zu informieren		
Sehr gut	17	18
Eher gut	37	46
Eher schlecht	37	28
Sehr schlecht	5	5
Über das Leistungsangebot der Pflegeversicherung informiert		
Sehr gut	13	17
Eher gut	47	47
Eher schlecht	31	30
Sehr schlecht	9	5
Fehlend zu 100 = Keine Angabe		

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund schätzen die Möglichkeiten, sich über die Leistungen der Pflegeversicherung zu informieren, etwas schlechter ein als Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund. Dabei sind die Anteile derjenigen, die die Informationsmöglichkeiten sehr gut oder sehr schlecht einschätzen, in beiden Gruppen jeweils gleichgroß, die Unterschiede zeigen sich im „Mittelfeld“. Bei der Frage danach, wie gut sich die Befragten informiert fühlen, sind die Unterschiede noch etwas geringer.

Dass die Unterschiede zwar in der erwarteten Richtung, aber nur auf einem sehr niedrigem Niveau bestehen, mag daran liegen, dass die meisten Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund schon viele Jahre in Deutschland leben und dass mit 68 Prozent für die große Mehrheit – insbesondere bei den Spätaussiedlern – sogar Deutsch als Muttersprache angegeben wird und damit zumindest die Sprachbarrieren bei der Informationsbeschaffung geringer ausfallen.

Betrachtet man die in Anspruch genommenen Leistungsarten, so zeigt sich, dass Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund häufiger ausschließlich Pflegegeld beziehen und seltener Sach- bzw. Kombileistungen nutzen. Auch Kurzzeitpflege, häusliche Verhinderungspflege sowie Hilfsmittel werden von ihnen seltener in Anspruch genommen.

Tab. 2.23 Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung nach Migrationshintergrund (%)
Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten

	Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund	Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund
Ausschließlich Pflegegeld	79	70
Ausschließlich Sachleistungen	7	14
Kombileistungen	12	14
Teilstationäre Leistungen	1	2
Kurzzeitpflege	7	14
Häusliche Verhinderungspflege	9	14
Hilfsmittel	81	86
Zuschüsse für baulich-technische Maßnahmen	16	17
Fehlend zu 100 = Keine Angabe		

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Die Rangordnung der Gründe für die ausschließliche Inanspruchnahme von Pflegegeld ist bei Pflegebedürftigen mit und ohne Migrationshintergrund nahezu dieselbe. Allerdings werden die Gründe von einem höheren Anteil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund genannt. Besonders groß ist der Unterschied bei dem Argument, dass das Pflegegeld für den laufenden Lebensunterhalt benötigt wird. Während dies von einem Fünftel der Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund genannt wurde, ist der Anteil bei denjenigen mit Migrationshintergrund doppelt so hoch. Dies hängt sicherlich damit zusammen, dass die Haushaltsnettoeinkommen von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund im Durchschnitt niedriger ausfallen als bei Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund. Bezogen auf alle Pflegehaushalte verweist jeder zweite Pflegehaushalt mit Migrationshintergrund im Unterschied zu 42 Prozent bei den einheimisch Deutschen darauf, dass die pflegebedürftige Person nicht von Fremden gepflegt werden möchte oder soll.

Tab. 2.24 Gründe für die ausschließliche Inanspruchnahme von Geldleistungen nach Migrationshintergrund (Mehrfachnennungen, %)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten, die Pflegegeld, aber keine Sachleistungen in Anspruch nehmen

	Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund	Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund
Pflegegeld wird für die laufenden Pflegeausgaben benötigt	89	83
Pflegebedürftige Person möchte nicht von Fremden gepflegt werden	75	66
Pflegegeld erlaubt Inanspruchnahme anderer Sachleistungen als sonst vorgesehen	52	42
Hauptpflegeperson möchte nicht, dass die pflegebedürftige Person von Fremden gepflegt wird	50	47
Bei Pflegediensten besteht kein Einfluss auf die Art und Weise, wie die Leistung erbracht wird	47	37
Pflegegeld wird für den laufenden Lebensunterhalt benötigt	39	20
Keine Berücksichtigung kultureller und religiöser Belange	24	- ¹

¹ Information wurde für diese Teilgruppe nicht erhoben. Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Die Einschätzung, dass kulturelle und religiöse Belange bei der Pflege nicht berücksichtigt werden, ist für ein knappes Viertel der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund ein Argument für einen ausschließlichen Bezug von Pflegegeld.

Da in der Stichprobe lediglich 19 Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund Sachleistungen beziehen, können für diese Gruppe leider keine gesonderten Auswertungen erfolgen. In der Tendenz sind es aber auch hier die gleichen Motive, vor allem eine Überlastung der Angehörigen, die zu einer Inanspruchnahme von Sachleistungen führen.

Insgesamt betrachtet scheinen die Unterschiede zwischen Pflegehaushalten mit einheimisch Deutschen oder mit Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in Bezug auf die Beurteilung des Bedarfes und der Versorgung weitaus weniger groß, als möglicherweise zu vermuten gewesen ist. Auffällig ist allerdings, dass bei Pflegehaushalten mit Migrationshintergrund die Distanz zur Nutzung von professioneller Pflege noch größer ausgeprägt ist, als bei einheimisch Deutschen.

Ein etwas anderes Bild zeigt sich, wenn man die Gruppe derjenigen, die keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, nach Migrationshintergrund differenziert. Hier ist der Anteil der Migrantinnen und Migranten mit 17 Prozent gut doppelt so hoch wie unter den Pflegebedürftigen. Die weiteren Angaben weisen darauf hin, dass es sich bei dieser Gruppe häufiger um Ausländerinnen und Ausländer handelt, die keine deutsche Staatsangehörigkeit haben und die ihr Wissen über die Leistungen der Pflegeversicherung etwas schlechter einschätzen als diejenigen Migrantinnen und Migranten, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen¹⁹. Dies weist darauf hin, dass die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung für einen Teil der Menschen mit Migrationshintergrund schwierig ist.

Personen ohne Migrationshintergrund

Werden Personen ohne Migrationshintergrund von ambulantem Pflegekräften betreut, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, kann es zu Verständigungsproblemen kommen, die die Qualität der Pflege beeinträchtigen und insbesondere ältere Pflegebedürftige verunsichern. Ob solche Probleme im Einzelfall auftreten, ist natürlich davon abhängig, wie gut Pflegekräfte, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, die deutsche Sprache beherrschen und ob sie gegebenenfalls trotz eines anderen kulturellen Hintergrundes auf die pflegebedürftige Person und ihre Bedürfnisse eingehen können.

Die Daten der Repräsentativerhebung zeigen, dass 87 Prozent der Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund, die Leistungen ambulanter Pflegedienste nutzen, ausschließlich von Pflegekräften gepflegt werden, die dieselbe Muttersprache sprechen. Weitere 11 Prozent werden überwiegend von Pflegekräften mit derselben Muttersprache gepflegt und bei zwei Prozent werden etwa zu gleichen Teilen Pflegekräfte mit derselben und

¹⁹ Die Unterschiede bei der Einschätzung des eigenen Wissens über die Leistungen der Pflegeversicherung bestehen allerdings auch bei Leistungsbeziehern und Nicht-Antragstellern ohne Migrationshintergrund.

mit einer anderen Muttersprache eingesetzt. Insgesamt betrachtet ist für die große Mehrheit der Pflegebedürftigen der Einsatz von nicht muttersprachlichen Pflegekräften offenbar kein relevantes Problem. Dort wo Nicht-Muttersprachler einbezogen sind, finden sich ebenfalls keine Hinweise auf gravierende Probleme.

2.9. Besondere Versorgungssituationen und Risikolagen

Die meisten Pflegebedürftigen möchten gerne so lange wie möglich zu Hause betreut werden. Damit dies gerade auch bei Menschen mit höherer Pflegestufe gelingen kann, ist in der Regel ein stabiles familiäres Supportsystem erforderlich.

Darüber hinaus muss es möglich sein, die häusliche Pflege so zu organisieren, dass die privaten Pflegepersonen mit der Betreuung nicht überfordert sind. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, so steigt die Wahrscheinlichkeit des pflegebedingten Übergangs in ein Heim.

Alleinlebende Pflegebedürftige

Betrachtet man vor diesem Hintergrund die Lebenssituation der Pflegebedürftigen, die alleine leben, so zeigt sich, dass die meisten von ihnen durchaus auf private Unterstützung zurückgreifen können: 81 Prozent der alleinlebenden Pflegebedürftigen werden durch eine oder mehrere private Pflegepersonen betreut. Wie die Ergebnisse der Studie zu Möglichkeiten und Grenzen der Pflege in Privathaushalten (MuG III) von 2002 zeigen, handelt es sich dabei in der Regel um Personen, die in der Nähe leben, sei es im selben Haus oder in einer Entfernung von maximal 10 Minuten (Schneekloth, 2006).

19 Prozent der alleinlebenden Pflegebedürftigen sind allerdings ausschließlich auf professionelle Unterstützung angewiesen. Dieser Anteil ist seit 1998 um sieben Prozentpunkte gestiegen. Erwartungsgemäß sind alleinlebende Pflegebedürftige häufiger als Pflegebedürftige in Mehrpersonen-Haushalten in Pflegestufe I eingruppiert. Lediglich fünf Prozent von ihnen zählen zur Pflegestufe III. Der im Vergleich zu Mehrpersonen-Haushalten geringere Anteil von Pflegebedürftigen mit psychischen Veränderungen spiegelt noch einmal wider, dass es gerade für diese Gruppe besonders schwierig ist, alleine

Tab. 2.25 Ausgewählte Indikatoren für mögliche prekäre Versorgungssituationen (%)

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten

	Insgesamt	Alleinlebende	2-Pers.-Haushalt	3 u.m. Pers.-Haushalt
Pflegestufe				
Stufe I	59	67	57	50
Stufe II	32	28	32	36
Stufe III	9	5	11	14
Pflegebedürftige mit psychischen Veränderungen	45	30	47	58
Leistungsart				
Pflegegeld	70	58	74	77
Sachleistung	14	23	10	7
Kombileistung	14	17	13	13
Teilstationär	2	0	2	3
Keine private Pflegeperson	7	19	2	1
Mit zusätzlichen selbst finanzierten professionellen Hilfen	17	20	13	20
Mit ergänzender Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege)	4	6	2	5
Fehlend zu 100 = Keine Angabe				

in einem eigenen Haushalt zurechtzukommen. Der Anteil derjenigen, die Sach- bzw. Kombileistungen in Anspruch nehmen, ist mit 40 Prozent bei den Alleinlebenden doppelt so hoch wie in den Pflegehaushalten mit drei und mehr Personen. Professionelle Pflegekräfte ersetzen hier die fehlenden privaten Pflegepersonen im eigenen Haushalt. Bei den zusätzlich finanzierten Leistungen gibt es zwischen diesen beiden Gruppen keinen Unterschied. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege nach SGB XII.

Überlastung der pflegenden Angehörigen

Eine häusliche Pflegesituation kann auch dann als prekär charakterisiert werden, wenn die privaten Pflegepersonen durch die häusliche Pflege sehr stark belastet sind.

Faktoren, die zu einer sehr starken Belastung der Hauptpflegeperson beitragen, sind insbesondere eine höhere Pflegestufe, psychische Veränderungen bei der pflegebedürftigen Person und ein hoher Zeitaufwand.

Ein weiterer Hinweis auf eine prekäre Pflegesituation kann ein angespanntes Verhältnis zwischen der pflegebedürftigen Person und der Hauptpflegeperson sein. Die Ergebnisse der Repräsentativerhebung zeigen zwar, dass das Verhältnis zwischen der pflegebedürftigen Person und der Hauptpflegeperson überwiegend entspannt ist. Allerdings ist es in acht Prozent der Fälle auch grundsätzlich oder häufig angespannt.

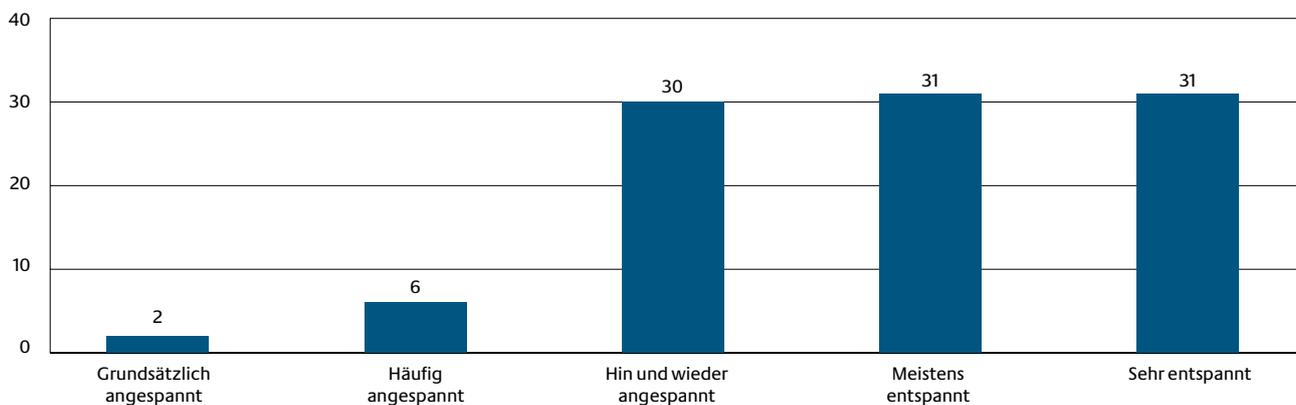
Zwischen der Belastung der Hauptpflegeperson und ihrem Verhältnis zur pflegebedürftigen Person besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang. In den Fällen, in denen die Hauptpflegepersonen durch die Pflege entweder stark oder sehr stark belastet sind oder in denen ihr Verhältnis zur pflegebedürftigen Person mindestens hin und wieder angespannt ist, wurde zusätzlich gefragt, ob die Hauptpflegeperson in manchen Situationen das Gefühl hat, dass die Anforderungen ihre Kräfte überschreiten. Für 26 Prozent von ihnen ist dies häufig der Fall, bei 57 Prozent trifft es manchmal zu, und nur 17 Prozent

Tab. 2.26 Belastungsfaktoren in der privaten Pflege (%)

Basis: Hauptpflegepersonen in Privathaushalten

	Belastung			
	Insgesamt	gar nicht / eher wenig	eher stark	sehr stark
Pflegestufe				
Stufe I	58	64	64	43
Stufe II	32	26	29	41
Stufe III	10	10	7	16
Pflegebedürftige mit psychischen Veränderungen	47	36	42	63
Durchschnittl. Zeitaufwand der Hauptpflegeperson (Stunden / Woche)	43,7	34,6	38,2	60,1
Leistungsart				
Pflegegeld	72	73	78	71
Sachleistung	12	13	11	10
Kombileistung	14	10	14	16
Teilstationär	2	2	1	3
Eigene Erwerbstätigkeit aufgrund der Pflege				
eingeschränkt	19	17	20	20
aufgegeben	8	8	7	12
Fehlend zu 100 = Keine Angabe				

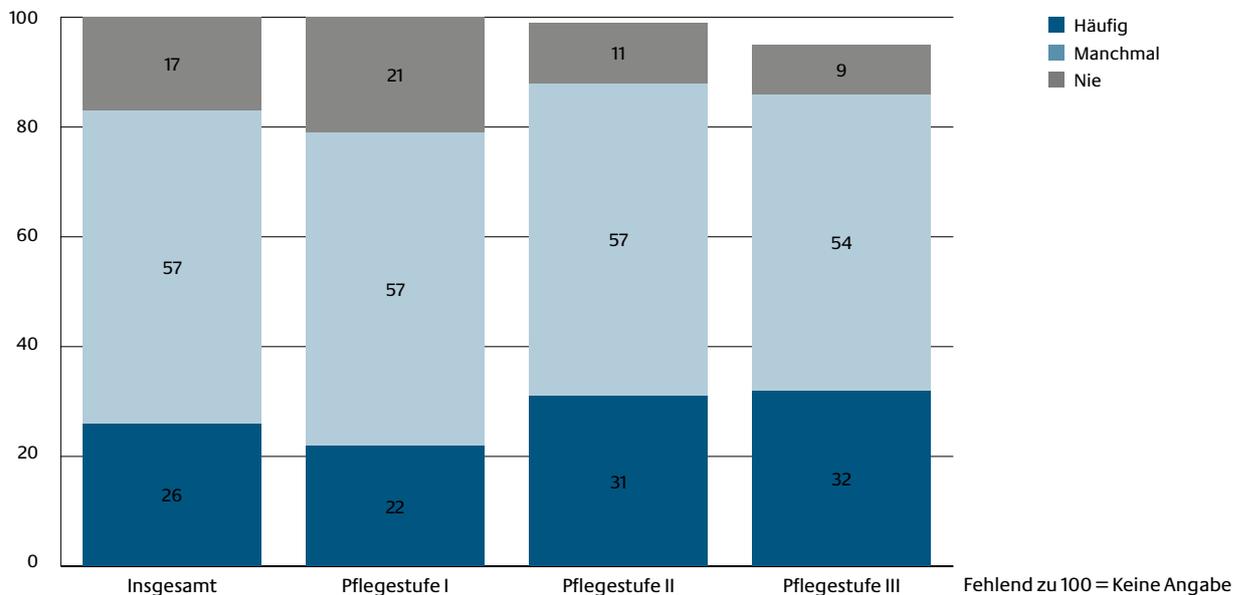
Abb. 2.35 Verhältnis zwischen pflegebedürftiger Person und Hauptpflegeperson (%)
 Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten, die Sachleistungen bzw. Kombileistungen in Anspruch nehmen oder dies in naher Zukunft planen



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 2.36 Ausmaß, in dem die Anforderungen in der Pflege die Kräfte der Hauptpflegeperson überschreiten, nach Pflegestufe (%)

Basis: Hauptpflegepersonen in Privathaushalten, die sehr oder eher stark belastet sind und/oder die mindestens hin und wieder ein angespanntes Verhältnis zu pflegebedürftigen Person haben



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

haben nie das Gefühl, dass die Anforderungen ihre Kräfte überschreiten. Die mit zunehmender Pflegestufe steigende Belastung spiegelt sich auch hier wieder. Hauptpflegepersonen der genannten Teilgruppe, die Pflegebedürftige der Pflegestufen II und III pflegen, haben mit 31 und 32 Prozent überdurchschnittlich häufig das Gefühl, dass die Anforderungen der Pflege ihre Kräfte überschreiten. Lediglich 11 bzw. 9 Prozent von ihnen haben nie das Gefühl, dass die Anforderungen ihre Kräfte überschreiten, während dies auf 21 Prozent der Hauptpflegepersonen zutrifft, die Pflegebedürftige der Pflegestufe I betreuen.

Bezieht man die Zahlen auf alle Hauptpflegepersonen, so haben 21 Prozent von ihnen häufig das Gefühl, mit der Pflegesituation überfordert zu sein. Dies zeigt deutlich, dass ein Teil der Angehörigen weitergehende Unterstützung bei der Bewältigung der Pflegeaufgaben benötigt.

Welche Unterstützung jeweils im Einzelfall erforderlich ist, um die Überforderung zu vermeiden, lässt sich anhand der Daten nicht im Detail sagen. Ein Hinweis ergibt sich daraus, dass diejenigen besonders stark belastet sind, die Angehörige mit psychischen Veränderungen betreuen. Spezielle Pflegekurse und Beratungsangebote sowie die Möglichkeit, Kontakte zu Angehörigen in derselben Situation zu knüpfen, könnten hier hilfreich sein.

Generell sollten die Beratungsangebote für pflegende Angehörige flächendeckend ausgebaut werden und die Angehörigen umfassend über diese Angebote informiert werden. Dies gilt insbesondere für die umfassende und individuelle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Den meisten Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen ist der damit verbundene Rechtsanspruch bislang nicht bekannt. Dabei bietet gerade eine neutrale Einzelfallberatung die Möglichkeit, im Detail festzustellen, ob und wenn ja, wie die häusliche Pflegesituation so gestaltet werden kann, dass die Pflege gut zu bewältigen ist. Stellt sich dabei heraus, dass eine häusliche Betreuung die Grenzen der Belastbarkeit bei der Hauptpflegeperson überschreitet, so ist als letzte Möglichkeit auch der Übergang in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung in Betracht zu ziehen.

Zudem darf die Überforderung Angehöriger in der häuslichen Pflege nicht tabuisiert werden und sollte stärker als bisher in der Öffentlichkeit diskutiert werden. Damit wird den Betroffenen signalisiert, dass sie mit dem Problem

nicht alleine sind, sondern dass es anderen genauso geht und dass es Hilfe und Unterstützung gibt. Dies wäre ein sinnvoller Beitrag zu einer Prävention von Gewalt in der häuslichen Pflege, denn eine dauerhafte Überforderung kann im Einzelfall zu psychischer oder sogar physischer Gewalt gegenüber der pflegebedürftigen Person führen. Ob und in welchem Ausmaß Hauptpflegepersonen gegenüber ihren pflegebedürftigen Angehörigen tatsächlich verbale, psychische oder physische Gewalt angewendet haben, wurde im Rahmen dieser Erhebung nicht direkt erhoben. Dies gilt auch für die Gewaltanwendung von Seiten der Pflegebedürftigen. Solch heikle Fragen hätten nicht zuletzt eine Verweigerung der Fortführung des Interviews zur Folge haben können.

Gewalt in der ambulanten Pflege

Ausgelöst durch einzelne Fälle, in denen professionelle Pflegekräfte gegenüber Pflegebedürftigen psychisch oder physisch gewalttätig geworden sind, ist das Thema „Gewalt in der Pflege“ zunehmend in den Blickpunkt der Öffentlichkeit geraten. Die Anwendung von Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen ist nicht zuletzt deshalb so erschreckend, weil sich Pflegebedürftige gerade durch ihre Pflegebedürftigkeit und die damit einhergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen oft nicht oder nicht ausreichend schützen können und der Gewalt unter Umständen hilflos ausgeliefert sind.

In der Repräsentativbefragung von TNS Infratest hat ein Prozent derjenigen, die Leistungen ambulanter Pflegedienste in Anspruch nehmen, angegeben, dass ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin des Pflegedienstes in den letzten 12 Monaten der pflegebedürftigen Person oder einem Angehörigen gegenüber verbal oder körperlich gewalttätig geworden ist. In absoluten Zahlen entspricht dies drei Fällen in der Stichprobe. Auch wenn dies eine kleine Zahl ist, so zeigen die drei Fälle doch, dass es wichtig ist, das Thema „Gewalt in der Pflege“ weiter im Blick zu behalten und Präventionsmaßnahmen auszubauen. Gewalt zwischen Pflegebedürftigen und Angehörigen wurde in der Erhebung nicht direkt abgefragt. Bedenkt man, dass nach den vorliegenden Ergebnissen etwa acht Prozent der Pflegearrangements häufig und weitere 30 Prozent hin und wieder angespannt sind, so muss davon ausgegangen werden, dass die Gewaltproblematik als Dunkelziffer vor allem zwischen Pflegebedürftigen und Angehörigen angesiedelt sein dürfte.

2.10. Zusammenfassung

Strukturelle Veränderung seit 1998

Pflegebedürftige leben heute häufiger als noch 1998 alleine in ihrem Haushalt. Galt dies 1998 erst für 22 Prozent, so sind es aktuell 34 Prozent. Zugenommen hat auch der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I. Er ist von 47 auf 59 Prozent gestiegen. Ebenfalls gestiegen ist der Anteil der Pflegebedürftigen, die nicht durch eine private Hauptpflegeperson unterstützt werden. Sieben Prozent der Pflegebedürftigen sind ausschließlich auf professionelle Unterstützung angewiesen, 1998 waren es nur vier Prozent.

Der Anteil der männlichen **Hauptpflegepersonen** ist seit 1998 von 20 auf 28 Prozent gestiegen. Zudem sind 33 Prozent der privaten Hauptpflegepersonen heute Vollzeit oder Teilzeit erwerbstätig, während es 1998 erst 20 Prozent waren. Betrachtet man nur die Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter zwischen 16 und 64 Jahren, so ist der Anteil der Vollzeit oder Teilzeit erwerbstätigen Hauptpflegepersonen von 29 Prozent in 1998 auf aktuell 48 Prozent gestiegen.

Beim **Leistungsbezug** zeigt sich eine Entwicklung hin zur Inanspruchnahme von Sach- bzw. Kombinationsleistungen. Der Anteil derjenigen, die ausschließlich Pflegegeld in Anspruch nehmen, ist seit 1998 von 78 auf 70 Prozent zurückgegangen. Spätestens seit Mitte 2000 ist das Verhältnis zwischen Geld- und Sachleistungen allerdings weitgehend konstant geblieben. Häufiger als 1998 werden auch häusliche Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in Anspruch genommen.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, der sogenannten Pflegereform 2008, wurden eine Reihe von Maßnahmen gesetzlich verankert, mit denen die Strukturen in der Pflegeversicherung besser an die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und deren Angehörige angepasst werden sollen.

Eine der grundlegenden Maßnahmen zur Sicherung der pflegerischen Versorgung besteht in der seit 1. Juli 2008 erstmalig seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr

1994 vollzogenen schrittweisen Anhebung der finanziellen Leistungen vor allem in der häuslichen Pflege (ambulante Sachleistungen und Pflegegeld sowie Kurzzeitpflege bei gleichzeitiger Anhebung der Leistungen in Pflegestufe III in der vollstationären Versorgung). Beschlossen wurde eine **Erhöhung der Leistungen** für die Jahre 2008, 2010 und 2012. Ab 2015 ist darüber hinaus alle drei Jahre eine Dynamisierung in Höhe der allgemeinen kumulierten Inflationsrate vorgesehen. Nach den Ergebnissen der Repräsentativerhebung ist mit 66 Prozent die große Mehrheit der Pflegehaushalte mit dem generellen Umfang und der Höhe der Leistungen zufrieden, wobei der Anteil im Vergleich zu 1998 allerdings rückläufig ist. Mit der beschlossenen Dynamisierung der Leistungen ist nun erstmalig eine Möglichkeit gegeben, den finanziellen Wert der Leistungen an die Preis- und Kostenentwicklung anzupassen. Beachtet werden muss allerdings, dass etwa ein Drittel der Pflegebedürftigen mit der Höhe der Leistungen generell weniger zufrieden oder unzufrieden ist. Die vorliegenden Befunde weisen hierbei vor allem darauf hin, dass aus Sicht der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen insbesondere das Pflegegeld für die häusliche Betreuung nach wie vor als zu niedrig eingeschätzt wird.

Eine wesentliche Strukturreform, die mit der Pflege-Weiterentwicklungsgesetz auf dem Weg gebracht wurde, bezieht sich auf den systematischen Ausbau der Beratungsinfrastruktur. Erstmals wurde ein **Rechtsanspruch auf eine umfassende, individuelle und unabhängige Pflegeberatung** gesetzlich festgeschrieben. Beratungsangebote von Pflegekassen oder von ambulanten Leistungserbringern hat die Mehrheit der Pflegehaushalte schon einmal genutzt. Eine individuelle und umfassende **Pflegeberatung** im Sinne der neuen gesetzlichen Regelung (§ 7a SGB XI) haben bislang allerdings erst 10 Prozent der Pflegebedürftigen nach eigener Auskunft in Anspruch genommen. In rund der Hälfte der Fälle hat die Pflegeberatung die Pflegesituation verbessert, und 85 Prozent der Beratenen waren mit der Beratung sehr zufrieden oder zufrieden. Der überwiegenden Mehrheit der Pflegebedürftigen ist der seit 1.1.2009 bestehende Rechtsanspruch allerdings noch nicht bekannt. Auch an dieser Stelle ist es daher notwendig, vielfältige Wege zu nutzen, um über die individuelle Pflegeberatung zu informieren. 11 Prozent der Pflegehaushalte haben bereits **Pflegestützpunkte** genutzt, um sich beraten zu lassen. Die noch recht geringe Inanspruchnahme dürfte wesentlich darauf zurückzuführen sein, dass sich ein flächendeckendes Netz an Pflegestützpunkten erst im Aufbau befindet.

Ein weiterer Schwerpunkt des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zielt auf Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Sowohl die neu eingeführte **kurzzeitige Freistellung** von der Arbeit bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen als auch die **Pflegezeit** von bis zu einem halben Jahr wurden hierbei allerdings bislang von Hauptpflegepersonen kaum in Anspruch genommen. Seit dem Inkrafttreten zum 1. 7. 2008 haben etwa 9.000 Hauptpflegepersonen ihre Erwerbsarbeit kurzfristig aufgrund des Eintritts von Pflegebedürftigkeit bei einem Angehörigen unterbrochen. Die neue Pflegezeit haben in diesem Zeitraum etwa 18.000 Hauptpflegepersonen von den insgesamt etwa 480.000 Anspruchsberechtigten genutzt. Etwa jeweils die Hälfte der Anspruchsberechtigten gab an, dass eine Freistellung oder die Pflegezeit nicht zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung erforderlich gewesen sei. Über die Hälfte der anspruchsberechtigten Pflegehaushalte gab allerdings gleichzeitig an, dass Ihnen nicht bekannt gewesen sei, dass ein entsprechender Anspruch überhaupt besteht. Hier ist es notwendig, vielfältige Kommunikationswege zu nutzen, um sicherzustellen, dass die Betroffenen von ihrem Rechtsanspruch erfahren. Neben Pflegestützpunkten, weiteren Beratungsstellen und den Pflegekassen sollten dazu ambulante Pflegedienste und Hausärzte eingebunden und verstärkt die Medien genutzt werden.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ist darüber hinaus für bestimmte Gruppen eine gezielte Erweiterung der Leistungen verbunden. Dies gilt insbesondere für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf. Von den Pflegebedürftigen mit durch den MDK festgestellter **erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz** nehmen momentan allerdings nur 37 Prozent die ihnen zustehenden und im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes nochmals aufgestockten Leistungen in Anspruch. Die Ansprüche werden demnach im Bereich der häuslichen Pflege bei weitem noch nicht ausgeschöpft.

Niedrigschwellige Betreuungsangebote werden lediglich von 22 Prozent der Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz genutzt. In mehr als der Hälfte der Fälle wurde als Grund für die Nichtinanspruchnahme niedrigschwelliger Betreuungsangebote genannt, dass die pflegebedürftige Person nicht von Fremden betreut werden möchte. Dies dürfte auch ein wesentliches Argument für die grundsätzliche Nichtinanspruchnahme von Leistungen bei eingeschränkter All-

tagskompetenz sein. Als weiterer Grund für die Nichtinanspruchnahme niedrigschwelliger Betreuungsangebote wurde genannt, dass die bestehenden Angebote nicht den Bedürfnissen entsprechen. Grundsätzlich befürworten jedoch 83 Prozent der Pflegehaushalte den Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote und 79 Prozent die Förderung des nachbarschaftlichen und ehrenamtlichen Engagements.

22 Prozent der Pflegebedürftigen hat der MDK im Rahmen der Begutachtung **Heilmittel** empfohlen. Vier bzw. fünf Prozent der Pflegebedürftigen erhielten Empfehlungen für ambulante bzw. stationäre **Rehabilitationsmaßnahmen**. Die Mehrheit von ihnen hat die Heilmittel und Maßnahmen entsprechend der Empfehlung in Anspruch genommen. 41 Prozent derjenigen, denen der MDK keine Heilmittel und Rehabilitationsleistungen empfohlen hat, sind der Meinung, dass entsprechende Maßnahmen notwendig sind. Hier wäre es wichtig, die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen darüber zu informieren, wo sie entsprechende Anträge stellen können.

Teilstationäre Pflegeleistungen werden trotz ausweiteter Kombinationsmöglichkeiten mit anderen Leistungen der Pflegeversicherung auch weiterhin nur von wenigen Pflegebedürftigen genutzt. Für diesen Personenkreis sind die Leistungen aber ein wesentlicher und notwendiger Bestandteil des häuslichen Pflegearrangements.

Sofern Pflegebedürftige, die Sach- bzw. Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen, eine **gleichgeschlechtliche Pflege** wünschen, wird dies in der Regel von den ambulanten Pflegediensten berücksichtigt. In einzelnen Fällen wurden Pflegebedürftige jedoch auch trotz ihres Wunsches nach gleichgeschlechtlicher Pflege überwiegend von Personen des anderen Geschlechts gepflegt.

Migration und Pflege

Acht Prozent der Pflegebedürftigen haben einen **Migrationshintergrund**. Für 68 Prozent von ihnen ist Deutsch die Muttersprache. Entsprechend sind die Sprachbarrieren bei der Informationsbeschaffung meistens gering. Auffällig ist die im Vergleich zu Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund noch einmal größere Distanz zur Nutzung professioneller Pflege. Dass kulturelle und religiöse Belange bei ambulanten Pflegediensten nicht berücksichtigt werden, ist dabei verhältnismäßig selten von Bedeutung.

Der mit 17 Prozent überdurchschnittlich hohe Anteil von Migrantinnen und Migranten in der Gruppe derjenigen, die keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, weist darauf hin, dass es unter den Migrantinnen und Migranten eine Gruppe gibt, für die die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung mit Schwierigkeiten verbunden ist.

87 Prozent der Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund, die Leistungen ambulanter Pflegedienste nutzen, werden ausschließlich und weitere 11 Prozent überwiegend von Pflegekräften mit derselben Muttersprache gepflegt. Zwei Prozent werden jeweils zur Hälfte von Pflegekräften mit derselben und einer anderen Muttersprache gepflegt. Auch dort, wo Nicht-Muttersprachler einbezogen sind, finden sich keine Hinweise auf gravierende Probleme.

Fazit

Insgesamt betrachtet hat das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz für den Bereich der häuslichen Pflege wichtige Verbesserungen gebracht. Neben der vollzogenen Dynamisierung der Leistungshöhe sind insbesondere für Pflegehaushalte mit besonderen Bedarfssituationen neue Möglichkeiten geschaffen worden. Auffällig ist allerdings, dass nach wie vor, trotz des eingeführten Rechtsanspruchs auf eine Pflegeberatung, der Kenntnisstand über die bestehenden Ansprüche bei den privaten Pflegehaushalten vor allem im Detail noch immer unzureichend ist. Nach wie vor braucht Pflege mehr individuelle Beratung.

3. Ambulante Pflegedienste

3. Ambulante Pflegedienste

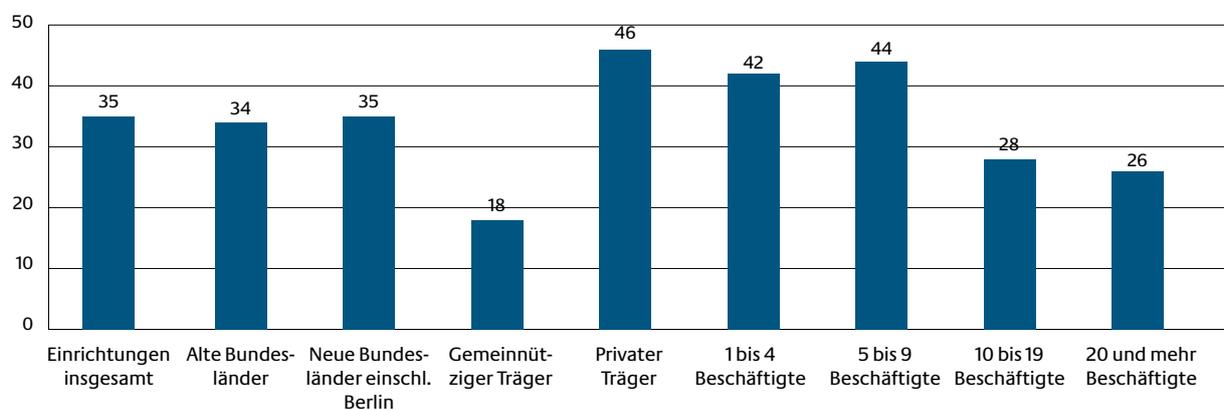
3.1. Strukturmerkmale der ambulanten Pflegedienste

Ambulante Pflegedienste sind nach § 71 Abs. 1 SGB XI selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen. Pflegedienste, die die erforderlichen Voraussetzungen nach § 72 Abs. 3 SGB XI erfüllen, haben einen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags.

Da die Stichprobe für die ambulanten Pflegedienste aus der Pflegedatenbank der BKK gezogen wurde, enthält sie ausschließlich ambulante Dienste mit Versorgungsvertrag. 39 Prozent von ihnen haben den Versorgungsvertrag 1995 abgeschlossen, 55 Prozent 1996 oder später und sechs Prozent haben das Jahr des Vertragsabschlusses nicht genannt.

Ein nicht unerheblicher Teil der ambulanten Dienste hat bereits vor der Einführung der Pflegeversicherung ambulante Pflegeleistungen angeboten. So waren 40 Prozent der ambulanten Pflegedienste schon vor 1995 in diesem Bereich tätig. 28 Prozent sind in den ersten fünf Jahren seit Einführung der Pflegeversicherung neu entstanden bzw. haben Pflegeleistungen in ihr Leistungsspektrum aufgenommen und weitere 26 Prozent der ambulanten Dienste sind seit 2001 dazugekommen. In diesem Zeitraum ist besonders auffällig, dass vier bzw. fünf Prozent der ambulanten Dienste in 2007 und 2008 gegründet wurden. Dies könnte auf eine steigende Nachfrage zurückzuführen sein, aber auch auf das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008. Sechs Prozent der befragten Dienste konnten das Jahr, in dem erstmalig ambulante Pflegeleistungen angeboten wurden, nicht exakt benennen.

Abb. 3.1 Anteil der seit 1998 in Betrieb gegangenen ambulanten Pflegedienste nach Einrichtungsmerkmalen (%)



Große Dienste mit mindestens 20 Beschäftigten²⁰ und solche in gemeinnütziger Trägerschaft haben mit 55 bzw. 61 Prozent besonders häufig bereits vor 1995 ambulante Pflegeleistungen angeboten. Kleine Dienste und solche in privater Trägerschaft sind hingegen oft erst seit Einführung der Pflegeversicherung entstanden.

Betrachtet man den Zeitraum seit der letzten Repräsentativerhebung 1998, so zeigt sich, dass gut ein Drittel der ambulanten Dienste 1998 oder später in Betrieb ging.²¹ Fast die Hälfte der Dienste in privater Trägerschaft wurde seit 1998 gegründet, aber nur knapp ein Fünftel der Dienste von gemeinnützigen Trägern. Da die Stichprobe lediglich 27 Dienste in öffentlicher Trägerschaft umfasst, kann diese Gruppe leider nicht weiter differenziert werden. Dienste mit 10 oder mehr Beschäftigten bestanden ganz überwiegend schon vor 1998, kleinere Dienste wurden hingegen häufig erst seit 1998 gegründet.

Dass 35 Prozent der ambulanten Dienste seit 1998 gegründet wurden, heißt allerdings nicht, dass in diesem Zeitraum auch die Zahl der ambulanten Dienste um diesen Prozentsatz gestiegen ist. Laut amtlicher Pflegestatistik gab es Ende 2007 insgesamt 11.529 ambulante Pflegedienste, 1999 waren es 10.633. Dies entspricht einem Anstieg um 8 Prozent. Auch wenn die Zeiträume nicht exakt übereinstimmen, so zeigen die Zahlen doch, dass der Neugründung ambulanter Dienste eine nicht unerhebliche Zahl von Schließungen gegenübersteht.

²⁰Die Zahl der Beschäftigten entspricht den Vollzeitstellen; Teilzeitstellen wurden entsprechend umgerechnet. Honorarkräfte bzw. von Zeitarbeitsfirmen ausgeliehene Beschäftigte sind in den Beschäftigtenzahlen nicht enthalten.

²¹Der Anteil der Dienste, die bereits zuvor bestanden und ihr Leistungsangebot lediglich auf Pflegeleistungen ausgeweitet haben, dürfte sehr gering sein.

Träger der Dienste

Die überwiegende Zahl der ambulanten Dienste befindet sich in privater Trägerschaft. An zweiter Stelle stehen die Dienste in gemeinnütziger Trägerschaft, zu denen vor allem die kirchlichen Träger (Diakonie und Caritas), die Arbeiterwohlfahrt, das Deutsche Rote Kreuz und Träger, die dem Paritätischen Wohlfahrtsverband angehören, zählen. Den Diensten mit öffentlichem Träger kommt hingegen quantitativ nur eine geringe Bedeutung zu. Dies entspricht der Vorschrift des § 72 Abs. 3 SGB XI, nach dem Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden sollen, sowie dem in § 11, Abs. 2 SGB XI noch einmal festgehaltenen Subsidiaritätsprinzip.

Betrachtet man die Trägerschaft der ambulanten Dienste im Zeitablauf, so zeigt sich, dass der Anteil der Dienste in privater Trägerschaft seit 1998 gestiegen ist, während im gleichen Zeitraum der Anteil der Dienste in gemeinnütziger Trägerschaft gesunken ist.

Der Anteil der Dienste in privater Trägerschaft ist in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin mit 65 Prozent noch einmal höher als in den alten Bundesländern mit 57 Prozent. Der Anteil der Dienste in gemeinnütziger Trägerschaft ist dort fünf Prozentpunkte niedriger.

Anteil der Leistungen der Pflegeversicherung

Das Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste beschränkt sich nicht nur auf Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI. Ein weiterer wichtiger Tätigkeitsbereich ist z. B. die medizinische Behandlungspflege, die mit den Krankenkassen abgerechnet wird.

Abb. 3.2 Trägerschaft der ambulanten Pflegedienste 1998 und 2010 (%)

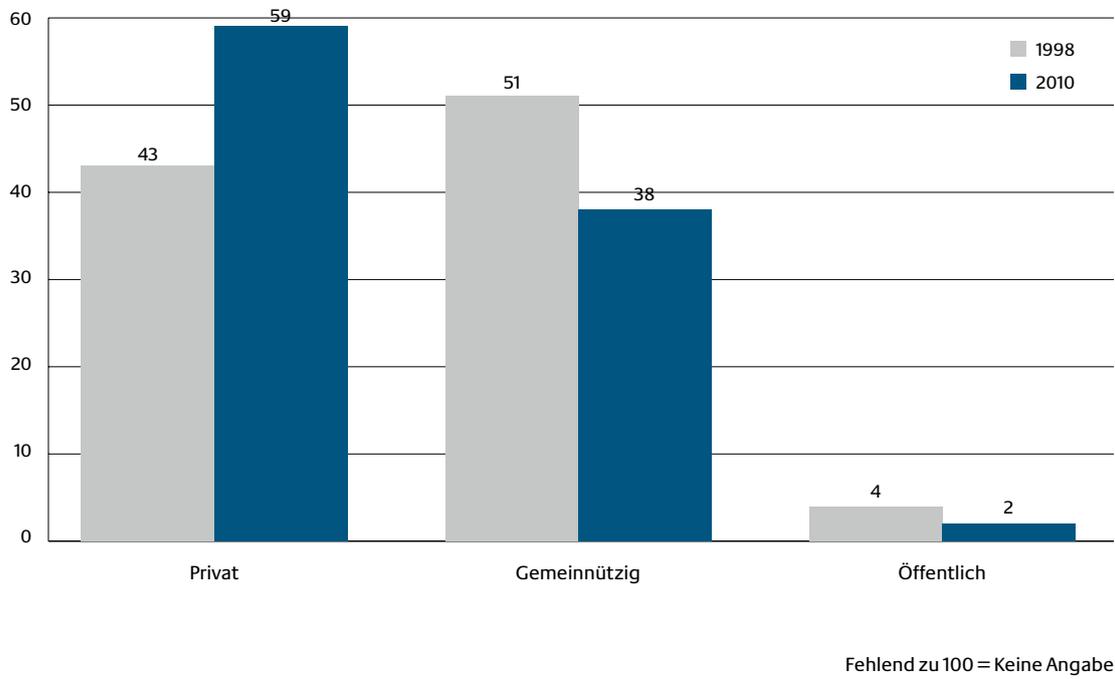
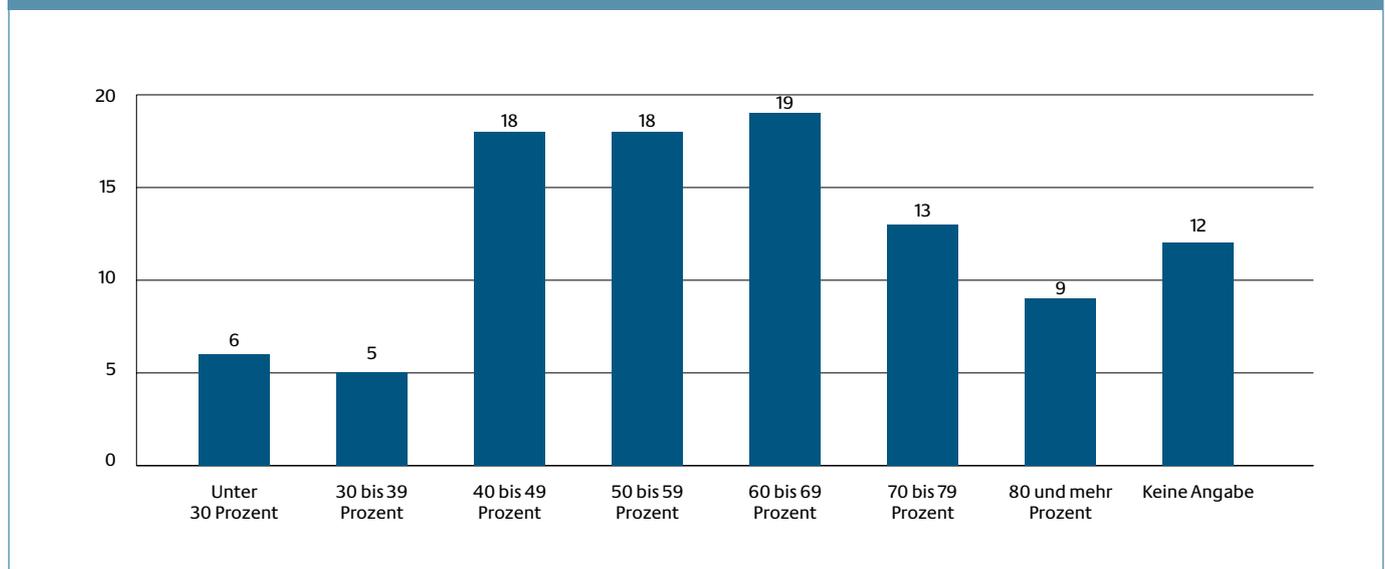


Abb. 3.3 Umsatzanteil der Pflegeversicherungsleistungen in ambulanten Pflegediensten (%)

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Nach Angaben der befragten Dienste entfallen im Durchschnitt 55 Prozent der Umsätze auf Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung. Dies ist lediglich ein Prozentpunkt mehr als 1998 und zeigt, dass Leistungen außerhalb des SGB XI für die ambulanten Pflegedienste seit 1998 nicht an Bedeutung verloren haben. Der überwiegende Teil der Dienste liegt mit seinem Umsatzanteil der Pflegeversicherungsleistungen relativ nah am Mittelwert. Insgesamt macht der Anteil der SGB XI-Leistungen nur bei 29 Prozent der Dienste weniger als die Hälfte des Umsatzes aus. Am anderen Ende der Skala geben nur neun Prozent der Dienste an, dass die Umsatzanteile aus Leistungen der Pflegeversicherung 80 Prozent oder mehr betragen. Die Verteilung der Anteile der Pflegeversicherungsleistungen hat sich seit 1998 nicht wesentlich geändert.

Größe der Dienste

Ein Maß, das die Größe der ambulanten Pflegedienste beschreibt, ist die Zahl der Beschäftigten. Diese Maßzahl wird im Folgenden verwendet. Damit Dienste mit unterschiedlichen Anteilen von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten vergleichbar sind, wurden Teilzeitbeschäftigte in Vollzeitkräfte umgerechnet. Die ausgewiesene Zahl der Beschäftigten entspricht also im Folgenden nicht der tatsächlichen Anzahl der Beschäftigten, sondern der Zahl der Vollzeitstellen in der Einrichtung. Zu beachten ist, dass die Beschäftigten nicht ausschließlich Tätigkeiten nach dem SGB XI ausführen, sondern z. B. auch Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erbringen.

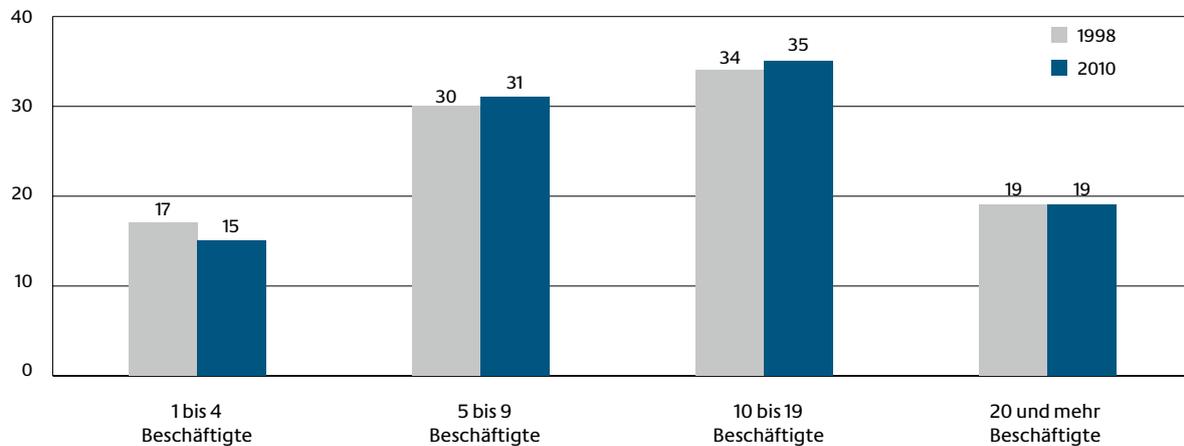
Eine getrennte Ausweisung des Personals ist allerdings in den meisten Dienste nicht möglich.

Im Durchschnitt beschäftigt eine ambulante Pflegeeinrichtung 14 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, 1998 waren es 13. Etwas mehr als die Hälfte der Dienste hat mindestens 10 oder mehr Beschäftigte. Dies galt auch schon 1998. Nennenswerte Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern bestehen nicht.

Knapp drei Viertel der ganz kleinen Dienste mit 1 bis 4 Beschäftigten befinden sich in privater Trägerschaft. Auch bei den Diensten mit 5 bis 9 Beschäftigten gilt dies immerhin für zwei Drittel und selbst von den größeren Diensten hat jeder Zweite einen privaten Träger. Vergleicht man diese Zahlen mit denen von 1998, so zeigt sich, dass die Dienste in privater Trägerschaft weiter an Bedeutung gewonnen haben. Dies gilt nicht nur für die kleineren Dienste mit bis zu 19 Beschäftigten, die bereits 1998 überwiegend „in privater Hand“ waren, sondern auch für die größeren Dienste. Während 1998 noch gut drei Viertel der Dienste mit 20 und mehr Beschäftigten einen gemeinnützigen Träger hatten, sind es aktuell mit 48 Prozent weniger als die Hälfte.

Vergleicht man die Dienste in gemeinnütziger und privater Trägerschaft, so zeigt sich, dass 67 Prozent der Dienste mit gemeinnützigem Träger 10 oder mehr Beschäftigte haben, während dies nur auf 46 Prozent der Dienste mit privaten Trägern zutrifft.

Abb. 3.4 Ambulante Pflegedienste nach der Zahl der Beschäftigten (in Vollzeit) 1998 und 2010 (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tab. 3.1 Ambulante Pflegedienste nach Trägerschaft und Größe (%)

	Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)				
	Gesamt	1 bis 4	5 bis 9	10 bis 19	20 und mehr
2010					
Öffentlich	2	1	2	2	1
Gemeinnützig	38	24	29	46	48
Privat	59	74	67	50	50
nachrichtlich: 1998					
Öffentlich	4	2	5	4	5
Gemeinnützig	51	39	34	59	78
Privat	43	57	60	37	15

Fehlend zu 100 = Keine Angabe

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

3.2. Leistungsangebot

3.2.1. Leistungsprofile

Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag bieten in der Regel nicht nur Grundpflege und hauswirtschaftliche Betreuung an, sondern auch eine Reihe weiterer Leistungen. Hierzu zählen einerseits spezielle Leistungen der Pflegeversicherung, wie z. B. teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege oder die Anleitung und Betreuung von Men-

schen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, aber auch Leistungen, die nicht über die Pflegeversicherung finanziert werden, wie z. B. die medizinische Behandlungspflege, die von den Krankenkassen getragen wird. Daneben gibt es auch Angebote wie das Essen auf Rädern, die die Pflegebedürftigen selber finanzieren müssen. Tabelle 3.2 gibt einen Überblick über die angebotenen Leistungen und die Entwicklung seit 1998, Tabelle 3.3 differenziert die angebotenen Leistungen noch einmal nach Einrichtungsgröße.

Auffällig ist, dass viele der abgefragten Leistungen erheblich seltener angeboten werden als noch 1998. Dies könnte damit zusammenhängen, dass im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung zunächst ein relativ großes Leistungsspektrum angeboten wurde, dem aber zum Teil keine entsprechende Nachfrage seitens der Pflegebedürftigen gegenüberstand und das deshalb wieder eingeschränkt wurde. Gleichzeitig mögen sich die Pflegedienste zunehmend spezialisiert haben. Inwieweit dies dazu führt, dass Pflegebedürftige bestimmte ambulante Leistungen nicht in Anspruch nehmen können, weil sie in ihrem Umfeld nicht angeboten werden, lässt sich anhand der Daten nicht beurteilen. Dies könnte aber zumindest im ländlichen Raum, in dem es nur wenige oder sogar nur einen Anbieter gibt, der Fall sein.

Größere Dienste bieten häufig vielfältigere Leistungen an als kleinere Dienste. Die Gründe hierfür liegen auf der Hand: Gerade Dienste mit ein oder zwei Pflegekräften haben wenig Handlungsspielraum und können in der Regel nur wenige Leistungsarten anbieten. Je mehr Beschäftigte eine Einrichtung hat, desto größer sind die Möglichkeiten, einzelne Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in speziellen Bereichen fortzubilden oder bereits spezialisierte Pflegefachkräfte einzustellen.

Im Einzelnen ergibt sich folgendes Bild:

- Teilstationäre Betreuung und Kurzzeitpflege werden nur von wenigen ambulanten Diensten angeboten. Dies hängt in erster Linie damit zusammen, dass nur ein geringer Teil der Pflegebedürftigen diese Leistungen in Anspruch nimmt. Darüber hinaus wird die Kurzzeitpflege auch oft von vollstationären Einrichtungen angeboten, die bereits über eine entsprechende Infrastruktur verfügen.
- Anders sieht es bei der Urlaubspflege aus, die 69 Prozent der ambulanten Pflegedienste anbieten. Aber auch hier ist ein Rückgang um 14 Prozentpunkte gegenüber 1998 zu verzeichnen.
- Grundsätzlich müssen ambulante Dienste eine Versorgung rund um die Uhr und damit auch an Wochenenden sicherstellen. Tatsächlich bieten allerdings nur etwas mehr als die Hälfte der Dienste eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung an und gut ein Drittel eine Pflege am Wochenende. 1998 waren es noch 77 bzw. 81 Prozent. Dass eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung gerade für kleine Dienste mit ein oder zwei Pflegekräften kaum zu realisieren ist, liegt nahe. Doch die Werte von 1998 werden heute auch von den Diensten mit 20 und mehr Beschäftigten nicht annähernd erreicht. Diese Entwicklung mag damit zusammenhängen, dass entsprechende Leistungen eher selten nachgefragt werden. Sofern die Leistungen trotz des geringeren Angebots bei Bedarf zur Verfügung stehen, ist die Situation unproblematisch. Kritisch wäre es hingegen, wenn dadurch die bedarfsgerechte Versorgung von Pflegebedürftigen mit Leistungen der Pflegeversicherung gefährdet wäre.
- Eine Soforthilfe bei akuten Krisensituationen in der Pflege wird immerhin von 78 Prozent der Dienste angeboten. Allerdings ist auch hier ein Rückgang um 13 Prozentpunkte im Vergleich zu 1998 zu verzeichnen.
- Etwas mehr als jede fünfte Einrichtung bietet Behindertenbetreuung an. 1998 war der Anteil noch mehr als doppelt so hoch.
- Beratungsleistungen zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen und Hilfsmitteln haben im Vergleich zu 1998 an Bedeutung gewonnen. 73 Prozent der Dienste bieten eine solche Beratung an. 86 Prozent der Dienste beraten speziell zur pflegerischen Versorgung. Der Anteil ist auch bei den kleinen Diensten mit bis zu vier Beschäftigten mit 79 Prozent recht hoch.
- 17 Prozent der Dienste haben spezielle Angebote für die Betreuung AIDS-Kranker und weitere 22 Prozent bieten eine Betreuung von hochgradig psychisch Veränderten an. Große Dienste mit 20 und mehr Beschäftigten bieten diese Leistungen mit 27 bzw. 33 Prozent überdurchschnittlich häufig an. Dass die Anteile insgesamt geringer sind als noch 1998 kann mit einer zunehmenden Spezialisierung der Pflegedienste zusammenhängen.
- Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 wurde der Personenkreis mit Anspruch auf Leistungen wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45b SGB XI erweitert und der Umfang der Leistungen erhöht. Diese neuen Regelungen werden dazu beigetragen haben, dass mittlerweile drei Viertel der ambulanten Pflegedienste eine allgemeine Anleitung und Betreuung für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz anbieten. Dabei reicht die Spanne von 64 Prozent bei den Diensten mit bis zu vier Beschäftigten bis hin zu 86

Prozent bei den Diensten mit 20 und mehr Beschäftigten. Da die Leistung erst 2002 eingeführt wurde, ist ein Vergleich mit 1998 nicht möglich.

- Medizinische Behandlungspflege gehört in der Regel zum Standardangebot der ambulanten Pflegedienste. Nur sieben Prozent der Dienste bieten diese Leistung nicht an. Geringer ist mit 64 Prozent der Anteil der Dienste, die Nachsorge bei ambulanten Operationen anbieten.
- Pflegebedürftige haben nach § 40 SGB XI Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung von Beschwerden beitragen oder ihnen eine selbständigere Lebensführung ermöglichen. Dabei sollen technische Pflegehilfsmittel vorrangig leihweise zur Verfügung gestellt werden. 1998 haben noch drei Viertel der ambulanten Dienste Pflegehilfsmittel zum Verleih angeboten, mittlerweile ist es nur noch rund ein Viertel.
- Die häusliche Pflege ist für die privaten Pflegepersonen oft mit einer erheblichen Belastung verbunden. Um ihnen die Pflege zu erleichtern und die Belastung zu verringern, sollen die Pflegekassen nach § 45 SGB XI unentgeltliche Pflegekurse anbieten bzw. andere Dienste mit der Durchführung der Kurse beauftragen. 1998 haben noch etwas mehr als die Hälfte der ambulanten Pflegedienste solche Pflegekurse angeboten, mittlerweile sind es nur noch 32 Prozent. Dabei werden die Kurse umso häufiger angeboten, je größer die Einrichtung ist. Inwieweit der Rückgang auf eine Spezialisierung der ambulanten Pflegedienste oder auf eine Ausweitung des Angebots von Pflegekassen oder anderen Dienste zurückzuführen ist, lässt sich anhand der Daten nicht beurteilen. Möglicherweise hat auch die geringe Inanspruchnahme (vgl. Kapitel 2) zu einer Verringerung des Angebots beigetragen.
- Eine weitere Möglichkeit der Entlastung der pflegenden Angehörigen ist die zeitweise Betreuung der Pflegebedürftigen durch Einzelfallhelfer oder in Tagesgruppen. Diese Betreuungsform richtet sich insbesondere an Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Knapp die Hälfte der ambulanten Pflegedienste vermittelt eine solche niedrigschwellige Betreuung. Der Anteil ist bei den Diensten in gemeinnütziger Trägerschaft mit 63 Prozent besonders hoch. Dies dürfte darauf zurückzu-

führen sein, dass gemeinnützige Träger oft selber niedrigschwellige Betreuung anbieten.

- Während Haushaltshilfe mit 77 Prozent nach wie vor zum Standardangebot der ambulanten Pflegedienste gerechnet werden kann, wird die Sterbegleitung nur noch von 64 Prozent der Dienste angeboten. 1998 waren es noch 87 Prozent. Möglicherweise wird die Sterbegleitung heute verstärkt von ehrenamtlich tätigen ambulanten Hospizdiensten übernommen.
- Weitere Leistungen wie Essen auf Rädern, Fahrdienst und Wäschedienst werden mit 36, 25 und 23 Prozent nur von einem kleineren Teil der ambulanten Dienste angeboten.

Kooperation mit Beratungsstellen und Abstimmung mit Leistungsanbietern anderer Träger

Rund drei Viertel der ambulanten Pflegedienste kooperieren mit Beratungsstellen. Der Anteil ist in den alten Bundesländern 12 Prozentpunkte höher als in den neuen Bundesländern. Gleiches gilt für Dienste in gemeinnütziger Trägerschaft im Vergleich zu privaten Trägern. Ein möglicher Grund ist, dass gemeinnützige Träger häufig selber Beratungsstellen unterhalten und der Kontakt dadurch enger ist.

Die Hälfte der ambulanten Dienste stimmen sich mit Leistungsanbietern anderer Träger vor Ort ab. Diese Abstimmung erfolgt in den neuen Bundesländern häufiger als in den alten Ländern und sie wird überdurchschnittlich häufig von Diensten in gemeinnütziger Trägerschaft und solchen mit mehr als 20 Beschäftigten genutzt.

Tab. 3.2 Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste 1998 und 2010 (%)

	1998	2010
Teilstationäre Pflege	7	7
Kurzzeitpflege	18	9
Urlaubspflege	83	69
Wochenendpflege	81	35
Rund-um- die Uhr-Betreuung	77	54
Soforthilfe bei akuten Krisensituationen in der Pflege	91	78
Behindertenbetreuung	53	22
Beratung zur pflegerischen Versorgung (auch für Angehörige)	- ¹	86
Beratung zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen, (Pflege-)Hilfsmitteln usw.	48	73
Betreuung von AIDS-Kranken	44	17
Betreuung von hochgradig psychisch Veränderten	54	22
Allgemeine Anleitung und Betreuung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45 SGB XI)	- ¹	76
Medizinische Behandlungspflege	97	93
Nachsorge ambulanter Operationen	83	64
Verleihen von Pflegehilfsmitteln	75	24
Kurse für pflegende Angehörige	53	32
Vermittlung von ehrenamtlichen Helfern oder sonstigen niedrigschwelligen Hilfen	- ¹	46
Sterbebegleitung	87	64
Haushaltshilfe	91	77
Essen auf Rädern	45	36
Fahrdienst	43	25
Wäschedienst	34	23
Spezielle Angebote für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund (z. B. muttersprachlicher Pflegedienst)	- ¹	7

¹ Information wurde 1998 nicht erhoben.

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tab. 3.3 Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste nach Einrichtungsgröße (%)

	Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)				
	Gesamt	1-4	5-9	10-19	20 und mehr
Teilstationäre Pflege	7	8	6	6	11
Kurzzeitpflege	9	11	10	7	10
Urlaubspflege	69	56	68	76	70
Wochenendpflege	35	24	39	32	43
Rund-um- die Uhr-Betreuung	54	53	53	52	59
Soforthilfe bei akuten Krisensituationen in der Pflege	78	71	78	79	82
Behindertenbetreuung	22	27	23	16	29
Beratung zur pflegerischen Versorgung (auch für Angehörige)	86	79	86	88	87
Beratung zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen, (Pflege-)Hilfsmitteln usw.	73	65	70	74	80
Betreuung von AIDS-Kranken	17	11	18	13	27
Betreuung von hochgradig psychisch Veränderten	22	20	23	16	33
Allgemeine Anleitung und Betreuung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45 SGB XI)	76	64	76	76	86
Medizinische Behandlungspflege	93	89	92	94	93
Nachsorge ambulanter Operationen	64	65	66	61	65
Verleihen von Pflegehilfsmitteln	24	22	24	21	29
Kurse für pflegende Angehörige	32	19	25	37	45
Vermittlung von ehrenamtlichen Helfern oder sonstigen niedrigschwelligen Hilfen	46	43	41	46	55
Sterbebegleitung	64	64	60	68	63
Haushaltshilfe	77	69	75	77	88
Essen auf Rädern	36	34	33	41	34
Fahrdienst	25	24	24	23	31
Wäschedienst	23	16	24	22	28
Spezielle Angebote für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund (z. B. muttersprachlicher Pflegedienst)	7	5	5	4	13

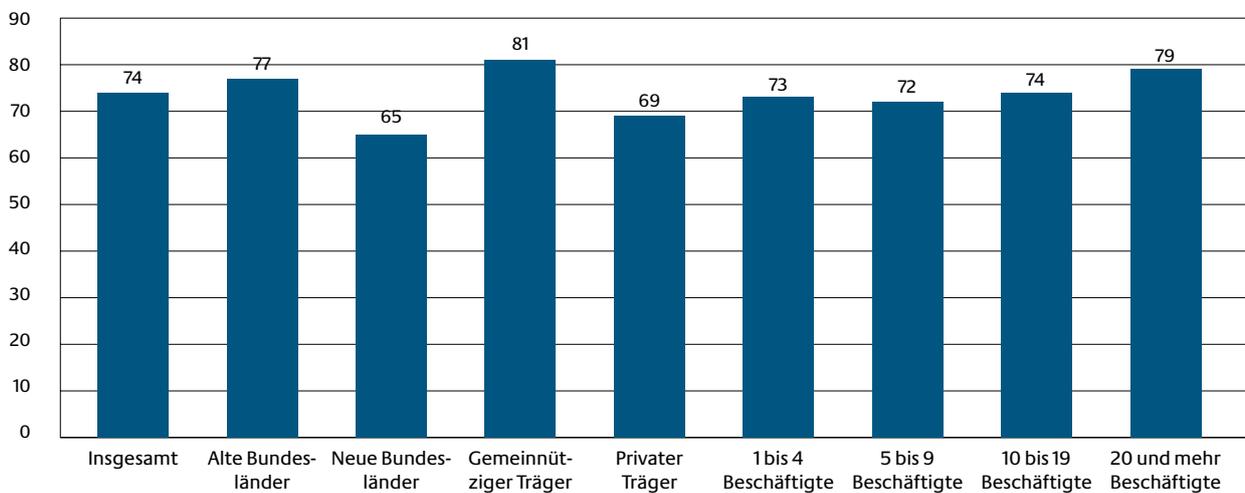
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

3.2.2. Anwendung von Expertenstandards des DNQP

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat eine Reihe von Expertenstandards entwickelt, die die Qualität in der Pflege fördern sollen. Die Daten der Repräsentativerhebung zeigen, dass diese Standards ganz überwiegend bei der Mehrheit der ambulanten Pflegedienste implementiert sind.

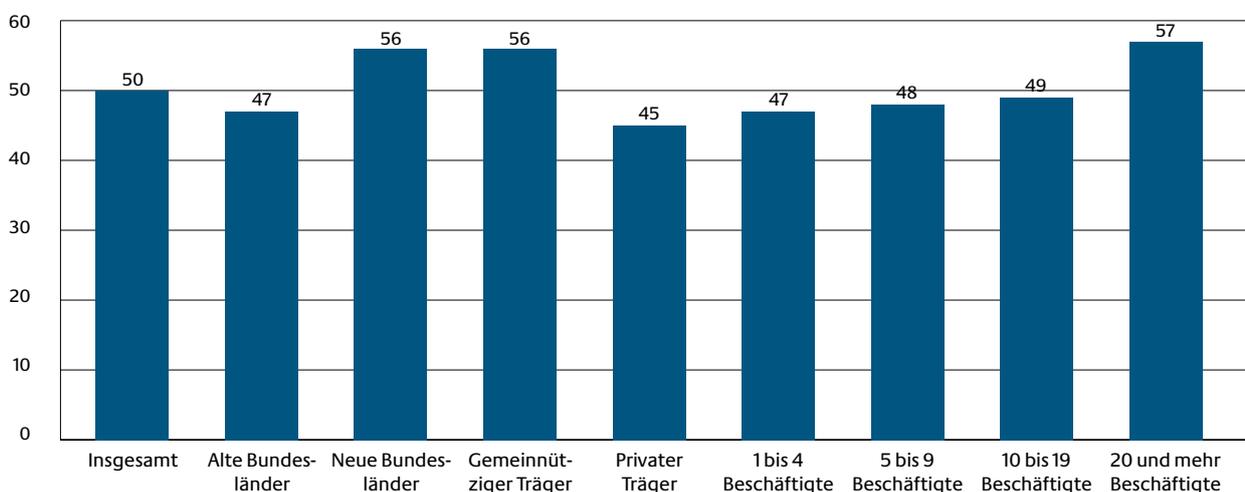
So werden die Expertenstandards für Sturz- und Dekubitusprophylaxe von fast allen ambulanten Pflegediensten angewendet, und auch die Standards zur Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, zum Schmerzmanagement und zur Förderung der Harnkontinenz werden jeweils von mehr als 70 Prozent der Dienste genutzt. Während der Expertenstandard für Ernährungsmanagement zur Sicherstellung der Förderung der oralen Ernährung noch von über der Hälfte der Dienste angewendet wird, sind es beim Standard zum Entlassungsmanage-

Abb. 3.5 Ambulante Pflegedienste, die mit Beratungsstellen kooperieren, nach Einrichtungsarten (%)



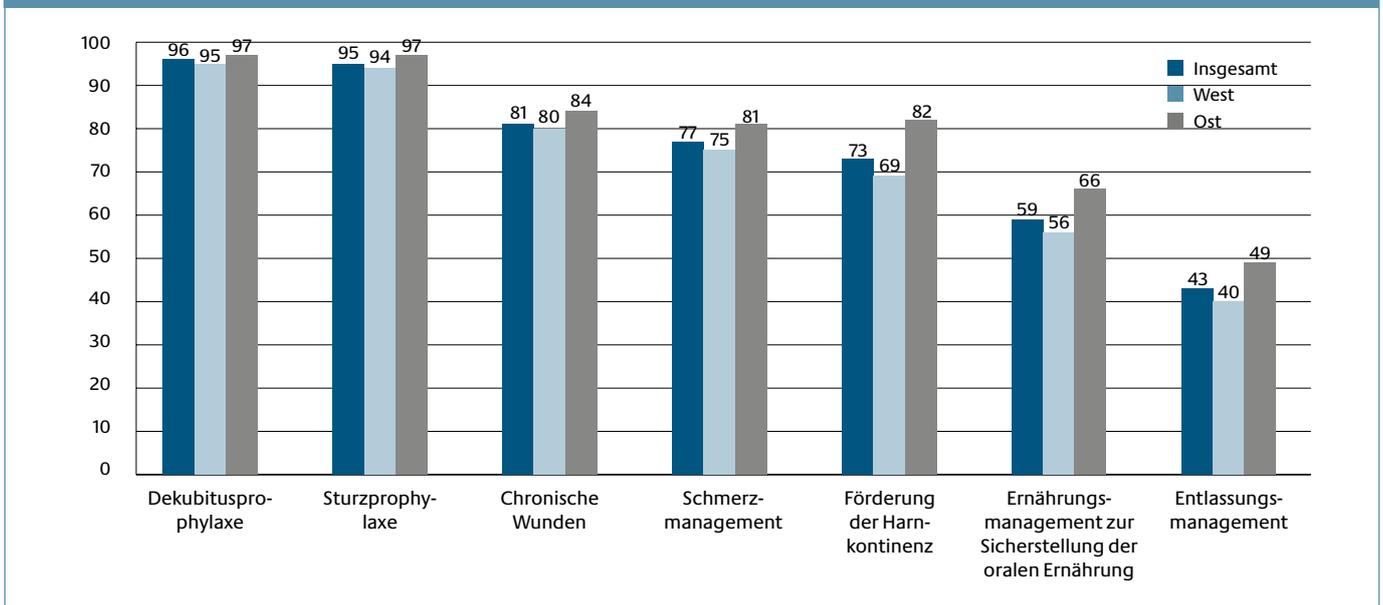
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 3.6 Ambulante Pflegedienste, die sich mit Leistungsanbietern anderer Träger vor Ort abstimmen, nach Einrichtungsarten (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 3.7 Anwendung von Expertenstandards in ambulanten Pflegediensten nach alten und neuen Bundesländern (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

ment nur 43 Prozent. Dieser Standard ist allerdings vorrangig für Kliniken relevant, wenn sie Pflegebedürftige nach Hause oder auch in ein Pflegeheim entlassen. Bei ambulanten Diensten sind die Möglichkeiten der Anwendung hingegen eingeschränkt und kommen höchstens dann zum Tragen, wenn eine pflegebedürftige Person in eine Klinik oder ein Pflegeheim geht und relevante Informationen von dem betreuenden ambulanten Dienst weitergegeben werden.

Ambulante Pflegedienste in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin wenden die Expertenstandards häufiger an als Dienste in den alten Bundesländern. Dies gilt besonders für die Förderung der Harnkontinenz. Dieser Expertenstandard wird in den neuen Ländern nach eigener Auskunft von 82 Prozent der Dienste angewendet, in den alten Ländern hingegen nur von 69 Prozent. Es ist allerdings zu vermuten, dass dies nicht mit einer schlechteren Versorgung der Pflegebedürftigen in den alten Bundesländern verbunden ist, hierfür finden sich keinerlei sonstige Hinweise in der Erhebung, sondern dass sich an dieser Stelle eher das Antwortverhalten in den neuen und den alten Ländern unterscheidet.

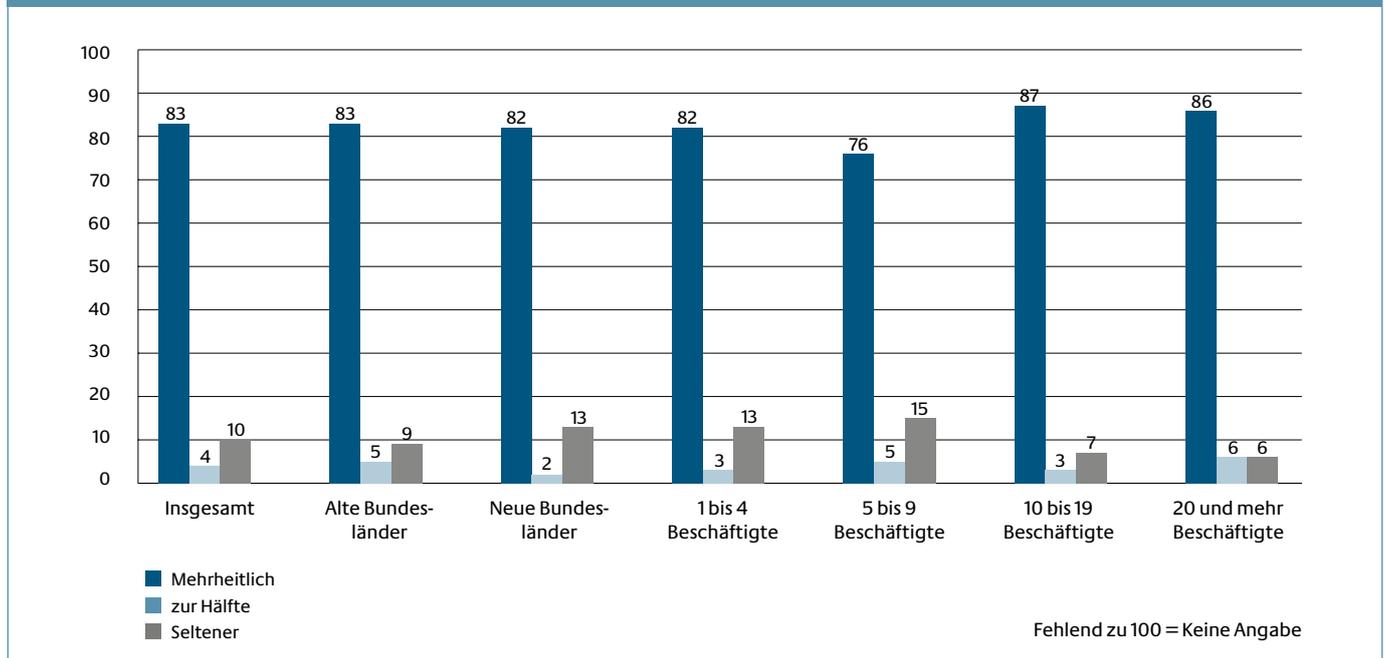
3.2.3. Gleichgeschlechtliche Pflege

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen nach § 2 SGB XI trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben

ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Im Rahmen der Pflegereform 2008 wurde dieser Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben weiter konkretisiert. Absatz 2 sieht vor, dass der Wunsch der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege nach Möglichkeit zu berücksichtigen ist. Die Daten der Repräsentativbefragung in Haushalten zeigen, dass 44 Prozent der Frauen, die ambulante Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen, gerne von weiblichen Pflegekräften gepflegt werden möchten. Bei den Männern legen hingegen nur neun Prozent Wert auf eine gleichgeschlechtliche Pflege. Aus der Sicht der Pflegehaushalte wird dem Wunsch so gut wie immer entsprochen (vgl. Kapitel 2).

Immerhin 83 Prozent der ambulanten Pflegedienste haben angegeben, dass sie dem Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege mehrheitlich entsprechen können und weitere vier Prozent können dies zumindest zur Hälfte. Jede zehnte Einrichtung berichtet, dass sie seltener eine gewünschte gleichgeschlechtliche Pflege realisieren kann. Für kleine Dienste mit weniger als 10 Beschäftigten gilt dies noch einmal stärker als bei den Diensten mit 10 Beschäftigten und mehr. Unterschiede zwischen Diensten in gemeinnütziger und privater Trägerschaft bestehen nicht.

Abb. 3.8 Realisierung des Wunsches nach gleichgeschlechtlicher Pflege bei ambulanten Pflegediensten nach Einrichtungsarten (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

3.2.4. Migrationsproblematik in der Pflege

Das Thema Pflege und Migration kann bei den ambulanten Pflegediensten aus zwei Perspektiven betrachtet werden. Auf der einen Seite haben im Durchschnitt sieben Prozent der ambulant betreuten Pflegebedürftigen einen Migrationshintergrund, d. h. sie haben eine ausländische Staatsangehörigkeit, sind selber im Ausland geboren oder haben mindestens einen Elternteil, der im Ausland geboren ist.²² Wenn diese Menschen nicht gut Deutsch verstehen und sprechen und das Pflegepersonal wiederum nicht die Muttersprache dieser Menschen spricht, kann es zu Verständigungsproblemen kommen, die die Qualität der Pflege beeinträchtigen. Weitere Probleme können entstehen, wenn die Pflegekräfte aus Unkenntnis religiöse oder kulturelle Empfindungen dieser Menschen nicht ausreichend berücksichtigen.

Auf der anderen Seite haben im Durchschnitt 11 Prozent der Pflegekräfte in den ambulanten Pflegediensten einen Migrationshintergrund.²³ Dies bietet unter Umständen die Möglichkeit, diese Pflegekräfte gezielt für Pflegebedürftige mit demselben Migrationshintergrund einzusetzen, um so sprachlich und kulturell bedingte Missverständnisse zu vermeiden. In der Regel werden die Pflegekräfte mit Migrationshintergrund aber auch bei Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund eingesetzt. Sprechen die Pflegekräfte nicht sehr gut Deutsch

oder können sie sich aufgrund eines unterschiedlichen religiösen oder kulturellen Hintergrunds nicht hinreichend in die Pflegebedürftigen hineinversetzen, so kann es auch hier zu Problemen kommen, die die Qualität der Pflege und das Vertrauen der Pflegebedürftigen in die Pflegekräfte beeinträchtigen.

Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund

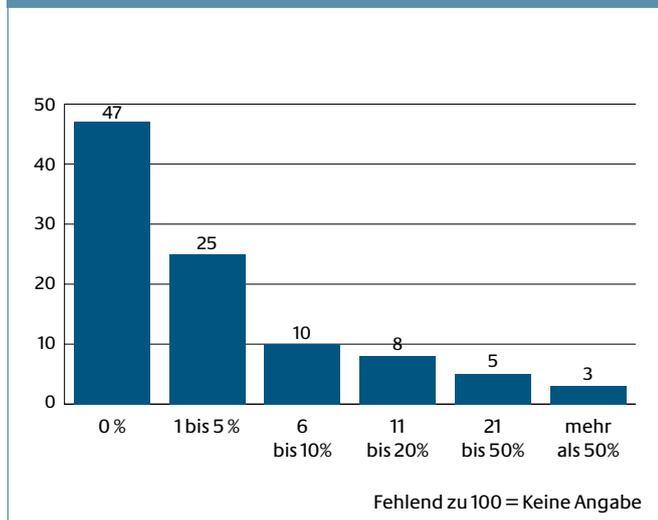
Längst nicht alle ambulanten Pflegedienste haben Menschen mit Migrationshintergrund als Klienten. Fast die Hälfte der Einrichtungsleitungen hat angegeben, dass ihr Pflegedienst gar keine Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund betreut. Bei einem weiteren Viertel der ambulanten Pflegedienste beträgt der Anteil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund maximal fünf Prozent.

Der Anteil der Dienste, die keine Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund betreuen, ist in den neuen Bundesländern mit 71 Prozent sehr viel höher als in den alten Ländern, in denen dies lediglich auf 38 Prozent der Dienste zutrifft. Je größer die Einrichtung ist, desto seltener werden gar keine Pflegebedürftigen mit Migrations-

²²Über den Anteil der betreuten Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund werden bei den ambulanten Pflegediensten keine Statistiken geführt. Die Anteile wurden jeweils von den einzelnen Einrichtungen geschätzt.

²³Auch hierbei handelt es sich um eine Schätzung der ambulanten Pflegedienste.

Abb. 3.9 Anteil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund an allen von Pflegediensten betreuten Pflegebedürftigen (%)



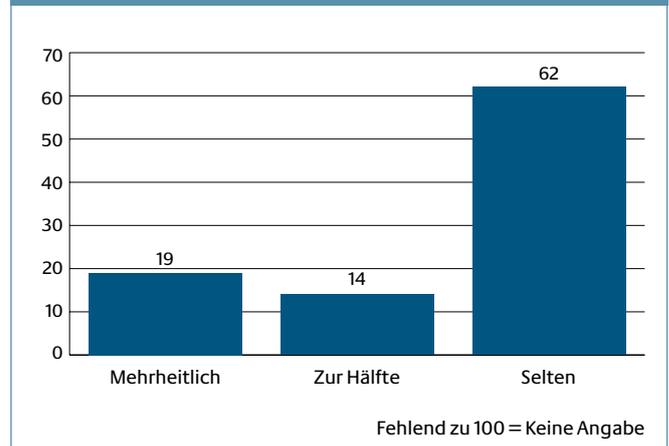
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz –
TNS Infratest Sozialforschung 2010

hintergrund betreut. Dieser Effekt beruht nicht zuletzt darauf, dass sich größere Dienste häufiger in Städten befinden und dort der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund erheblich höher ist als auf dem Land. Aus diesem Grund ist auch der Anteil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund bei Diensten mit 20 und mehr Beschäftigten mit 10 Prozent überdurchschnittlich hoch.

19 Prozent der ambulanten Dienste, die Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund betreuen, können bei der Pflege mehrheitlich Pflegekräfte mit derselben Muttersprache einsetzen, weiteren 14 Prozent gelingt dies zumindest zur Hälfte. 62 Prozent von ihnen gelingt es allerdings seltener.²⁴ Hier werden die Pflegebedürftigen überwiegend von Personen betreut, die nicht ihre Muttersprache sprechen.²⁵ Ob auch in diesen Fällen eine gute Pflege und Betreuung erfolgt, hängt davon ab, wie gut die Pflegebedürftigen Deutsch sprechen und verstehen und wie gut die Pflegekräfte gegebenenfalls andere religiöse und kulturelle Werte und Normen in der Pflege berücksichtigen können.

Abb. 3.10 Betreuung von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund durch Pflegekräfte, die dieselbe Muttersprache sprechen (%)

Basis: Ambulante Pflegeeinrichtungen, die Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund betreuen



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz –
TNS Infratest Sozialforschung 2010

Sieben Prozent aller ambulanten Pflegedienste verweisen auf spezielle Angebote für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund. Betrachtet man nur die Pflegedienste, die Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund betreuen, so liegt der Anteil bei nicht mehr als 12 Prozent.

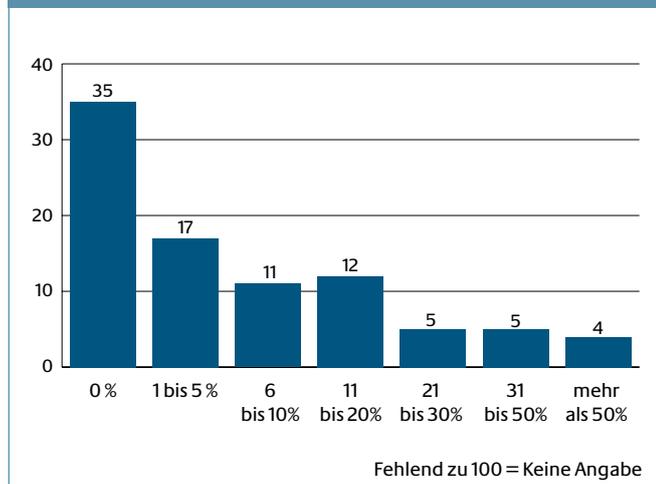
Pflege von Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund

Im Durchschnitt haben 11 Prozent der Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten einen Migrationshintergrund. 35 Prozent der Pflegedienste beschäftigen gar keine Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, in weiteren 28 Prozent der Dienste hat maximal jede zehnte Pflegekraft einen Migrationshintergrund. Dienste, in denen die Mehrheit der Pflegekräfte einen Migrationshintergrund hat, sind mit vier Prozent die Ausnahme. 11 Prozent der Dienste konnten den Anteil nicht schätzen und haben an dieser Stelle keine Angabe gemacht.

²⁴ 4 Prozent konnten dies nicht einschätzen.

²⁵ Die geringe Fallzahl der pflegebedürftigen Migranten innerhalb der Haushaltsbefragung, die Sachleistungen der Pflegeversicherung beziehen, lässt es nicht zu, hierzu genaue Angaben aus der Perspektive der Pflegehaushalte vorzulegen. Aus der Sicht der Pflegehaushalte scheint aber der Tendenz nach zumindest die Mehrheit von professionellen Kräften gepflegt zu werden, die die gleiche Sprache sprechen.

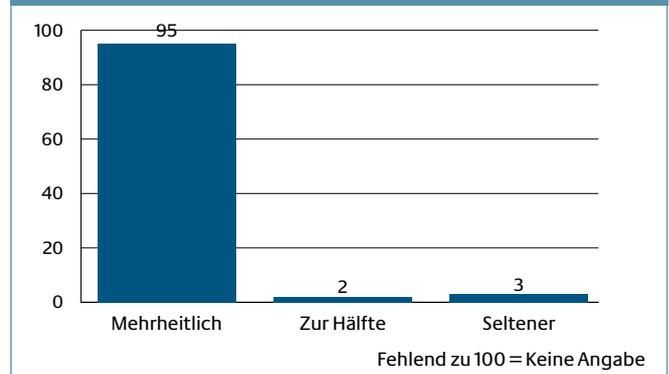
Abb. 3.11 Anteil der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in ambulanten Pflegediensten (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz –
TNS Infratest Sozialforschung 2010

In den neuen Bundesländern beschäftigen 63 Prozent der ambulanten Pflegedienste keine Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, in den alten Ländern trifft dies hingegen nur auf 24 Prozent zu. Je größer die Einrichtung ist, desto seltener werden gar keine Pflegekräfte mit Migrationshintergrund beschäftigt. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass sich größere Dienste überwiegend in Städten befinden und dort der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund größer ist als in eher ländlichen Gegenden.

Abb. 3.12 Betreuung von Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund durch Pflegekräfte, deren Muttersprache Deutsch ist oder die sehr gut Deutsch sprechen, bei ambulanten Pflegediensten (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz –
TNS Infratest Sozialforschung 2010

Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund werden bei 95 Prozent der ambulanten Pflegedienste mehrheitlich von Pflegekräften betreut, deren Muttersprache Deutsch ist oder die sehr gut Deutsch sprechen. Bei weiteren zwei Prozent der Dienste ist dies immerhin zur Hälfte der Fall. Diese Angaben decken sich mit den Befunden aus der repräsentativen Haushaltserhebung. Die Pflegehaushalte berichteten dort, dass 87 Prozent der Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund ausschließlich und weitere 11 Prozent überwiegend von professionellen Pflegekräften, die die gleiche Sprache sprechen, betreut werden. Drei Prozent der ambulanten Pflegedienste haben angegeben, dass Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund seltener als zur Hälfte von Pflegekräften betreut werden, deren Muttersprache Deutsch ist bzw. die sehr gut Deutsch sprechen. Dies wird zumindest für einen Teil der Pflegebedürftigen eine schwierige und verunsichernde Situation sein. Um solche Situationen zu vermeiden, ist anzustreben, dass alle Pflegekräfte über gute Deutschkenntnisse verfügen und bei Bedarf entsprechende Kurse besuchen.

3.3. Leistungserbringung

3.3.1. Betreute Klienten

Größenstrukturen

Im Durchschnitt betreut jeder ambulante Pflegedienst im Monat 58 Personen, die grundpflegerische Leistungen erhalten. 78 Prozent von ihnen, d. h. im Durchschnitt 45 Personen, beziehen Leistungen der Pflegeversicherung. Die Änderungen im Zeitablauf sind nur gering. 1998 wurden im Durchschnitt 55 Personen mit Leistungen der Grundpflege versorgt. Von ihnen bezogen 80 Prozent Leistungen der Pflegeversicherung.

Die Zahl der betreuten Personen mit Grundpflege variiert allerdings erheblich und hängt natürlich maßgeblich von der Einrichtungsgröße ab. Während Dienste mit maximal vier Beschäftigten im Durchschnitt 20 Personen betreuen, sind es bei den Diensten mit 20 und mehr Beschäftigten 122. Der Größeneffekt erklärt auch die Unterschiede zwischen Diensten in gemeinnütziger und privater Trägerschaft.

Unterschiede bestehen aber auch zwischen Diensten in den alten und den neuen Bundesländern, obwohl sie sich in der durchschnittlichen Größe kaum unterscheiden. Während in den alten Bundesländern im Durchschnitt 62 Personen mit Grundleistungen betreut werden, sind es in den neuen Bundesländern 48. Dieser Unterschied lässt sich nicht alleine dadurch erklären, dass ambulante Pflegedienste in den neuen Ländern im Durchschnitt 14 Beschäftigte haben, während es in den alten Ländern 15 Beschäftigte sind. Ein weiterer Grund könnten unterschiedliche Leistungsprofile sein. So bieten ambulante Pflegedienste in den neuen Bundesländern etwas häufiger Haushaltshilfe, Fahr- und Wäschedienste an und mit 50 Prozent im Vergleich zu 31 Prozent in den alten Ländern besonders häufig Essen auf Rädern. Damit dürfte ein entsprechend geringerer Anteil der Personalkapazitäten für Pflegeleistungen zur Verfügung stehen.

Abbildung 3.13. weist die Zahlen der betreuten Pflegebedürftigen, also derjenigen, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, nach Einrichtungsarten aus. Die für die Zahl aller Personen mit Grundpflege beschriebenen Strukturen finden sich auch hier wieder.

Abb. 3.13 Pro Monat durch ambulante Pflegedienste betreute Pflegebedürftige nach Einrichtungsarten

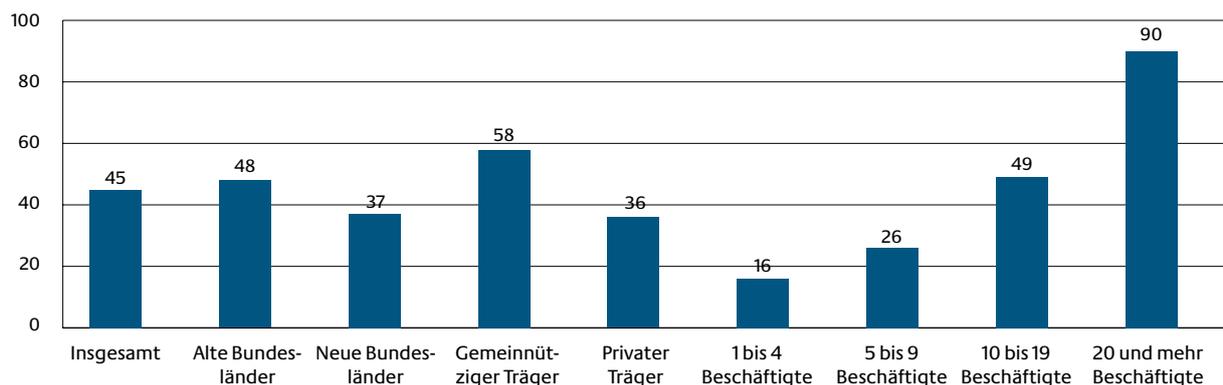
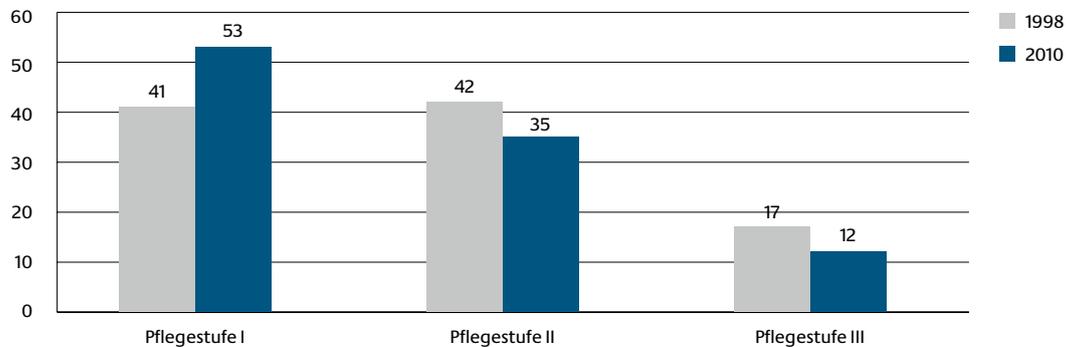


Abb. 3.14 Von ambulanten Pflegediensten betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufe 1998 und 2010 (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Pflegestufen

Betrachtet man die von ambulanten Pflegediensten betreuten Pflegebedürftigen nach Pflegestufen im Zeitablauf, so zeigt sich, dass der Anteil der betreuten Pflegebedürftigen in Pflegestufe I seit 1998 stark gestiegen ist, während die Anteile in den Pflegestufen II und III gesunken sind. Dies entspricht den im Kapitel 2 beschriebenen Strukturentwicklungen der Pflegebedürftigen in Privathaushalten insgesamt. Von den betreuten Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III zählen fünf Prozent zu den sogenannten Härtefällen nach § 36 Abs. 4 SGB XI. Bezogen auf alle Pflegebedürftigen entspricht dies knapp einem Prozent.

Da Pflegebedürftige der Pflegestufen II und III häufiger Sach- bzw. Kombileistungen in Anspruch nehmen als Pflegebedürftige mit Pflegestufe I, ist ihr Anteil an den von ambulanten Diensten betreuten Pflegebedürftigen überproportional hoch. Dieser Effekt ist in den alten Bundesländern etwas stärker ausgeprägter als in den neuen Ländern.

3.3.2. Einsätze und Leistungen

Sach- und Kombinationsleistungen

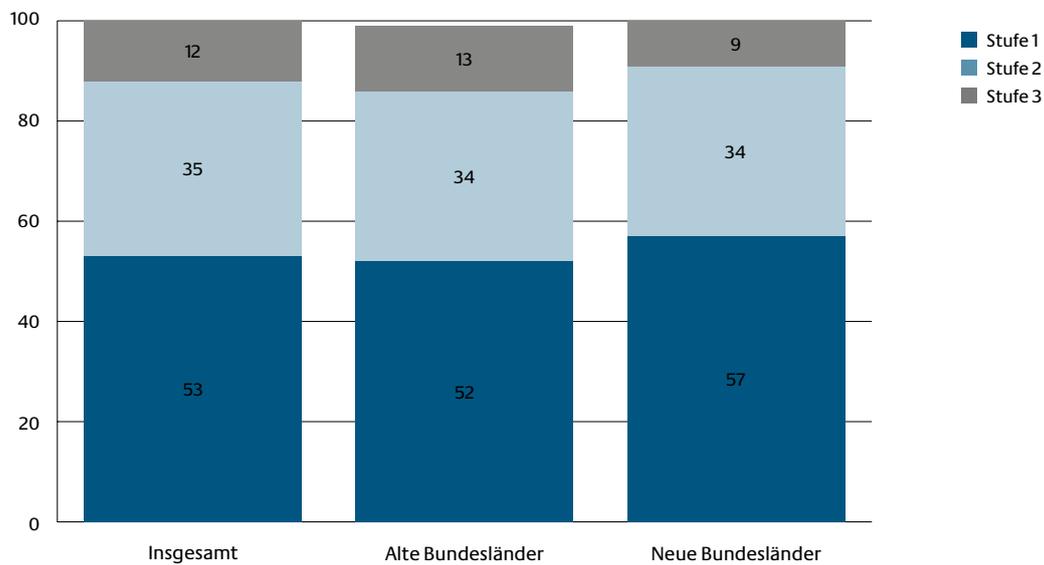
Nach § 38 SGB XI können Pflegebedürftige wählen, ob sie ausschließlich Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen möchten oder ob sie lieber Sachleistungen und Pflegegeld miteinander kombinieren. 43 Prozent der von ambulanten Diensten betreuten Pflegebedürftigen nehmen ausschließlich Sachleistungen in Anspruch und 57 Prozent kombinieren Sachleistungen und Pflegegeld. Das Verhältnis von Sach- zu Kombinationsleistungen entspricht dem von 1998. Damals nahmen 44 Prozent Sach- und 56 Prozent Kombinationsleistungen in Anspruch.

Von ambulanten Pflegediensten betreute Pflegebedürftige in den neuen Bundesländern nehmen etwas häufiger ausschließlich Sachleistungen in Anspruch als Pflegebedürftige in den alten Ländern. Dies gilt ebenfalls bei den privaten Trägern im Vergleich zu den gemeinnützigen Trägern. Am häufigsten nehmen mit 55 Prozent Pflegebedürftige, die von Pflegediensten mit 20 und mehr Beschäftigten betreut werden, ausschließlich Sachleistungen in Anspruch.

Poolen von Leistungen

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 wurde die Möglichkeit geschaffen, dass mehrere Pflegebedürftige die Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes gemeinsam in Anspruch nehmen können (sogenanntes Poolen von Leistungen, § 36 Abs. 1 SGB XI). Die damit verbundenen Kostenersparnisse sollen den Pflegebedürftigen in Form von zusätzlichen Betreuungsleistungen zugute kommen. Da sich dieses Angebot in erster Linie an Pflegebedürftige in Wohngemeinschaften und betreuten Wohnformen richtet, ist der Anteil der Pflegebedürftigen, die von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, eher niedrig. Im Durchschnitt nutzt ein Prozent der von ambulanten Pflegediensten betreuten Pflegebedürftigen die Möglichkeit, Leistungen gepoolt in Anspruch zu nehmen, um dadurch Kosten zu sparen (zum Beispiel für Anfahrten etc.). 89 Prozent der Dienste haben angegeben, dass keiner der von ihnen betreuten Pflegebedürftigen diese Möglichkeit nutzt. In den anderen 11 Prozent ist der Anteil nur sehr klein. Nach den Ergebnissen von MuG III leben etwa 5 Prozent der von ambulanten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen in betreuten Wohnformen. Unterstellt man, dass die gepoolten Leistungen so gut wie ausschließ-

Abb. 3.15 Von ambulanten Pflegediensten betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufe und alten und neuen Bundesländern (%)



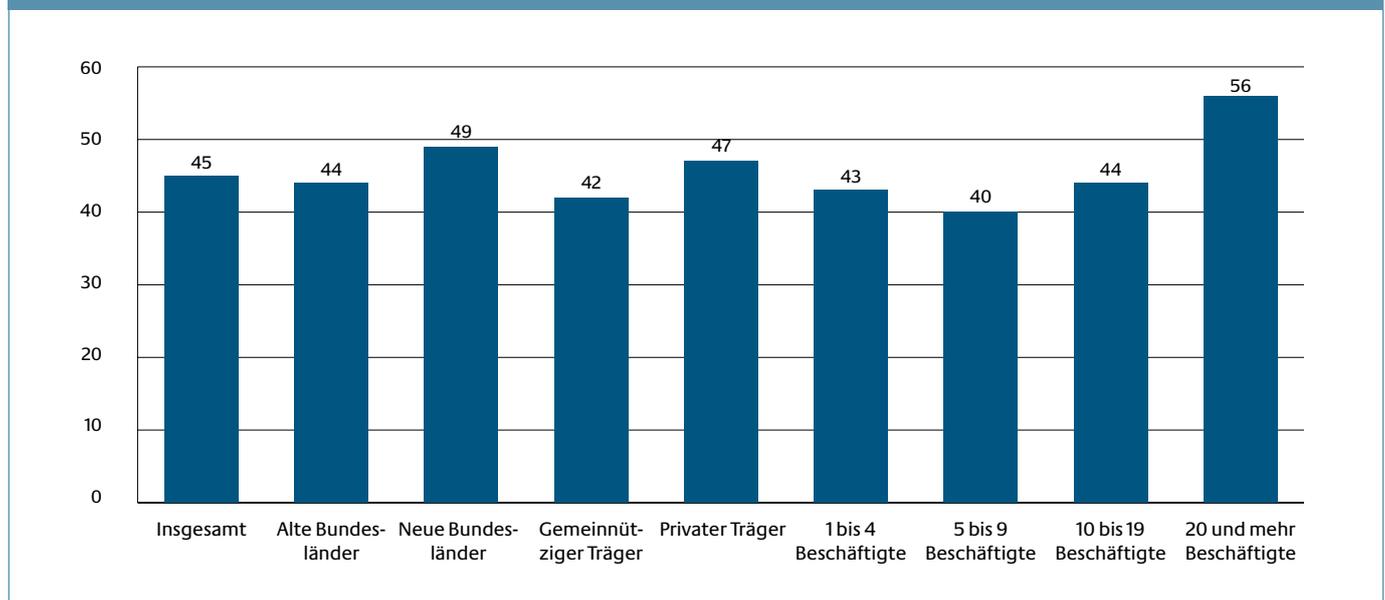
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tab. 3.4 Inanspruchnahme von Sach- und Kombinationsleistungen bei ambulanten Pflegediensten nach Einrichtungsart (%)

	Sachleistungen	Kombileistungen
Insgesamt	43	57
Gebiet		
Alte Bundesländer	41	59
Neue Bundesländer	46	54
Träger		
Gemeinnütziger Träger	38	62
Privater Träger	46	54
Einrichtungsgröße: Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)		
1 bis 4 Beschäftigte	37	63
5 bis 9 Beschäftigte	40	60
10 bis 19 Beschäftigte	41	59
20 und mehr Beschäftigte	55	45

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz –
TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 3.16 Durch ambulante Pflegedienste pro Pflegebedürftigem im Monat nach Einrichtungsarten



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

lich von in betreuten Wohnformen lebenden Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden, so ergäbe sich rein rechnerisch ein Anteil von bis zu 20 Prozent in dieser Teilgruppe, die die Sachleistungen der Pflegeversicherung gemeinsam nutzen. Insgesamt ist davon auszugehen, dass eine weitere Förderung von Wohngemeinschaften und betreuten Wohnformen im Alter, wie sie von der Mehrheit der Pflegehaushalte befürwortet wird (vgl. Kapitel 2), in Zukunft zu einem weiteren Anstieg der gemeinsamen Nutzung von Pflegediensten führen wird.

Einsätze pro Monat

Da die Struktur des Schweregrads der Pflegebedürftigkeit in den unterschiedenen Einrichtungsarten nur wenig variiert, bestimmt im wesentlichen die jeweilige Verteilung der Pflegebedürftigen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Pflegesach- und Kombinationsleistungen die Zahl der Pflegeeinsätze, die von den Diensten pro Monat für jeden Pflegebedürftigen geleistet wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Verhältnis von Geld- zu Sachleistungen von den Beziehern von Kombinationsleistungen sehr unterschiedlich gestaltet werden kann.

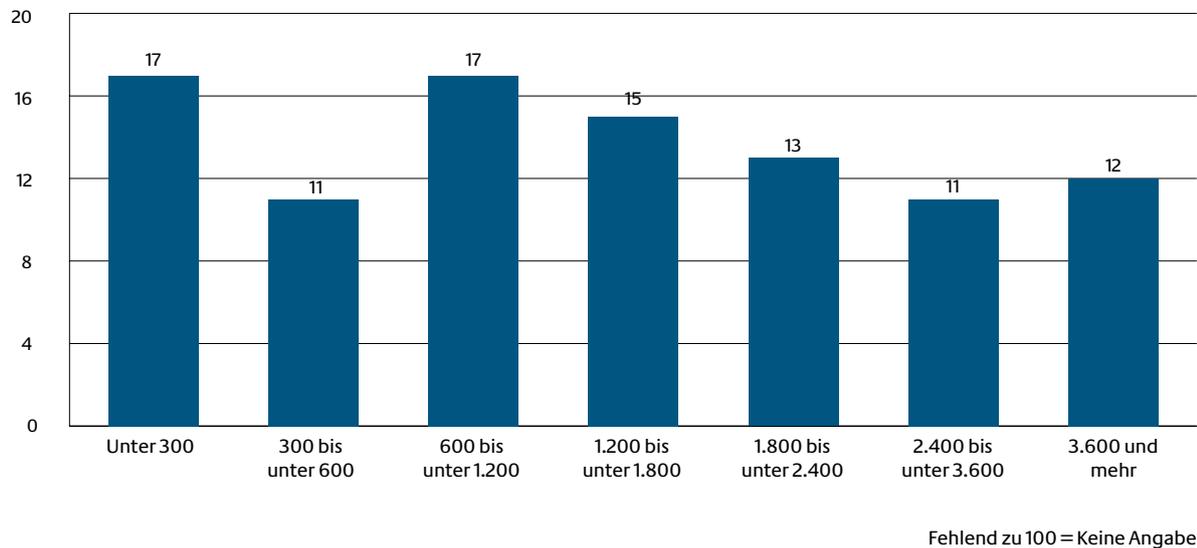
Im Durchschnitt werden von den ambulanten Pflegediensten im Monat 45 Einsätze pro Pflegebedürftigem geleistet. Dies entspricht exakt dem Wert von 1998. Die Zahl der Einsätze pro Pflegebedürftigem ist in den neuen Bundesländern nach wie vor höher als in den alten Ländern, doch im Vergleich zu 1998 haben sich die Unterschiede verringert. Die Zahl der durchschnittlichen Einsätze ist bei den Diensten in privater Trägerschaft etwas

höher als bei denen in gemeinnütziger Trägerschaft. Am höchsten ist sie mit 56 Einsätzen pro Pflegebedürftigem und Monat bei den größeren Diensten mit 20 und mehr Beschäftigten. Dies korrespondiert mit dem hohen Anteil an Pflegebedürftigen, die ausschließlich Sachleistungen in Anspruch nehmen.

Die Gesamtzahl der Pflegeeinsätze pro Monat liegt im Durchschnitt bei 1.784 je Einrichtung. Dies ist etwas weniger als noch 1998. Damals haben die ambulanten Pflegedienste im Durchschnitt 1.857 Einsätze erbracht. Zugenommen hat insbesondere der Anteil der Dienste mit weniger als 300 Einsätzen im Monat. Er lag 1998 noch bei acht Prozent und ist heute neun Prozentpunkte höher. Da sich die Zahl der pro Einrichtung beschäftigten Pflegekräfte seit 1998 kaum verändert hat, dürfte der leichte Rückgang in den Einsätzen vorrangig dem seitdem vollzogenen weiteren Ausbau der Zahl der ambulanten Dienste geschuldet sein.

Betrachtet man die Entwicklung der Zahl der Pflegeeinsätze in den letzten 12 Monaten, so zeigt sich, dass in 43 Prozent der Dienste ein Anstieg zu verzeichnen ist und dass nur 12 Prozent der Dienste von einem Rückgang berichten. In kleinen Diensten mit bis zu vier Beschäftigten ist die Zahl der Pflegeeinsätze überdurchschnittlich häufig gesunken, während die Zahl der Pflegeeinsätze bei den großen Diensten mit 20 und mehr Beschäftigten mit 48 Prozent besonders häufig gestiegen ist. Nennenswerte Unterschiede zwischen Diensten in gemeinnütziger und privater Trägerschaft sowie solchen in den neuen und den alten Bundesländern bestehen nicht.

Abb. 3.17 Zahl der durch ambulante Pflegedienste geleisteten Pflegeeinsätze pro Monat (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tab. 3.5 Entwicklung der Zahl der Pflegeeinsätze in ambulanten Pflegediensten nach EinrichtungsgroÙe (%)

	Insgesamt	Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)			
		1 bis 4	5 bis 9	10 bis 19	20 und mehr
Zugenommen	43	31	45	43	48
Etwa gleichgeblieben	44	45	41	48	40
Abgenommen	12	21	13	8	10

Fehlend zu 100 = Keine Angabe

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

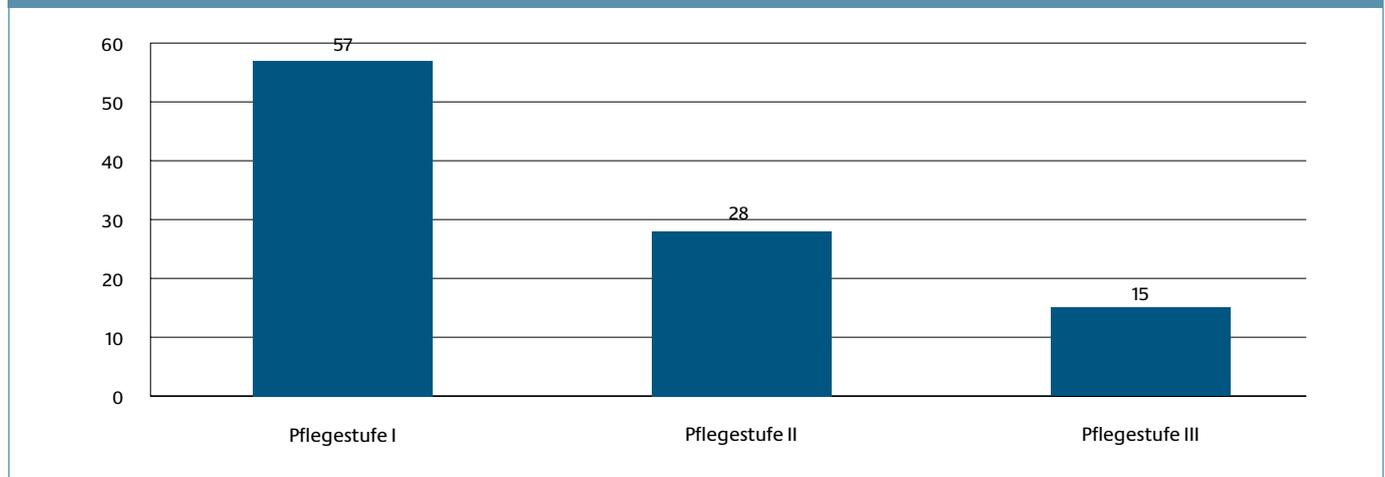
Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Ergänzend zu den Pflegebedürftigen, die Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen der Pflegeversicherung beziehen, werden die ambulanten Pflegedienste auch für Pflegebedürftige tätig, die ausschließlich Geldleistungen in Anspruch nehmen. Nach § 37 Abs. 3 SGB XI ist dieser Personenkreis verpflichtet, mindestens einmal halbjährlich (Pflegestufe I und II) bzw. mindestens einmal vierteljährlich (Pflegestufe III) einen Beratungseinsatz abzurufen. Mit diesem Einsatz soll die Qualität der häuslichen Pflege gesichert werden. Darüber hinaus dient der Einsatz der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der privaten Pflegepersonen. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a SGB XI festgestellt ist, sind berechtigt, inner-

halb der genannten Zeiträume einen weiteren Beratungseinsatz in Anspruch zu nehmen. Sofern sie noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, haben sie einmal im Halbjahr einen Anspruch auf einen Beratungseinsatz.

Im Durchschnitt führen die ambulanten Pflegedienste monatlich 111 Beratungen in Pflegehaushalten durch, die ausschließlich Pflegegeld beziehen. Die Zahl der Beratungen korreliert positiv mit der Größe der Einrichtung. Mehr als die Hälfte der Beratungen wird für Pflegebedürftige mit Pflegestufe I durchgeführt, die den größten Teil der Pflegebedürftigen in Privathaushalten ausmachen und zudem überwiegend keine Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen.

Abb. 3.18 Durch ambulante Pflegedienste geleistete Beratungseinsätze gem. § 37 Abs. 3 SGB XI nach Pflegestufe (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Leistungskomplexe

Es ist relativ schwierig, mit einer Primärerhebung die Inanspruchnahme von Leistungen durch die Pflegebedürftigen zu strukturieren und zu quantifizieren. Dies gilt umso mehr, als zwar die Mehrheit der Länder für die Abrechnung der ambulanten Leistungen ein Leistungskomplexsystem verwendet, die Abgrenzung der einzelnen Leistungskomplexe aber durchaus zwischen den Ländern variiert.

In der Erhebung von 1998 wurden die Pflegedienste gebeten, ihren gesamten Zeitaufwand für Leistungen, die durch die Pflegeversicherung finanziert werden, neun Leistungskomplexen zuzuordnen. Diese Positionen stellen eine Zusammenfassung der Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen vom 8. November 1998 dar, die insgesamt 24 Leistungskomplexe vorsehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Zeitaufwand, der den Dienste für prophylaktische Maßnahmen zur Vorbeugung gegen Sekundärerkrankungen, für Vor- und Nachbereitung des Pflegebereichs und für die Dokumentation entsteht, Bestandteil der Leistungskomplexe und damit in der jeweiligen Vergütung enthalten ist. Gleiches gilt auch für die Fahrtzeiten zwischen Einrichtung und Pflegebedürftigem. Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurde die 1998 verwendete Einteilung in Leistungskomplexe auch in der Repräsentativbefragung 2010 beibehalten. Ergänzt wurde sie lediglich um den Leistungskomplex der allgemeinen Anleitung und Betreuung bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45b Abs. 1 SGB XI, der erst 2002 eingeführt wurde.

Die Abfrage des Zeitaufwands für die 9 bzw. 10 Leistungskomplexe entspricht nicht direkt der in den Diensten vorhandenen Dokumentation. Von daher ist es verständlich, dass 11 Prozent der Dienste keine Angaben zum Zeitaufwand in der geforderten Untergliederung liefern konnten. Die übrigen Dienste haben in der Regel die Zeitwerte aus ihren Abrechnungen abgeleitet; sie können daher nur als Schätzwerte interpretiert werden. Gleichzeitig ist aber auch darauf hinzuweisen, dass die Varianz der Angaben zwischen den unterschiedlichen Einrichtungsarten und auch im Zeitablauf nur relativ gering ausfällt und die Ergebnisse insofern durchaus als weitgehend stabil bezeichnet werden können.

Knapp die Hälfte des Zeitaufwands entfällt auf die **Kleine und Große Morgen-/Abendtoilette**. Die kleine Morgen-/Abendtoilette, die grundsätzlich zweimal täglich abgerechnet werden kann, beinhaltet

- An-/Auskleiden,
- Teilwaschen,
- Mund-/Zahnpflege,
- und – je nach Punktzahl – gegebenenfalls
- Kämmen/Rasieren sowie
- Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes.

Die Große Morgen-/Abendtoilette kann ebenfalls zweimal täglich abgerechnet werden und sieht im Unterschied zum Teilwaschen eine Ganzkörperwaschung bzw. Duschen oder Baden vor.

12 Prozent des Zeitaufwands entfallen auf die **Hilfe/Unterstützung bei Ausscheidungen**, wobei nur die Unterstützung berücksichtigt wird, die nicht im Zusammenhang mit der Morgen-/Abendtoilette erbracht wird.

An vierter Stelle steht die **hauswirtschaftliche Versorgung** mit 11 Prozent. Hierzu zählen im Einzelnen folgende Tätigkeiten:

- Beheizen der Wohnung,
- Reinigung der Wohnung,
- Waschen/Pflege der Wäsche und Kleidung,
- Wechseln der Bettwäsche,
- Vorratseinkauf,
- Besorgungen (z. B. Einkauf von Lebensmitteln) und
- Zubereitung von Mahlzeiten.

Tab. 3.6 Zeitaufwand der ambulanten Pflegedienste nach Leistungskomplexen 1998 und 2010
(%, nur Fälle mit gültigen Angaben)¹

	1998	2010
Erstbesuche	3	5
Kleine Morgen-/Abendtoilette	20	21
Große Morgen-/Abendtoilette	33	28
Spezielle Lagerung bei Bettlägerigkeit	8	6
Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	6	5
Hilfe/Unterstützung bei Ausscheidungen	9	12
Hilfe beim Verlassen der Wohnung	3	3
Hauswirtschaftliche Versorgung	13	10
Beratungseinsätze bei Pflegegeldbeziehern § 37, Abs. 3 SGB XI)	4	5
Allgemeine Anleitung und Betreuung bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI)	– ²	5

¹ Keine Angabe: 1998 – 13%, 2010 – 11%.

² Leistung wurde erst 2002 eingeführt.

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Spezielle Lagerungsmaßnahmen können nur bei schwerster Bettlägerigkeit (Immobilität) abgerechnet werden. Entsprechend machen sie mit 6 Prozent einen eher geringen Anteil am Zeitaufwand aus. Ähnlich niedrig ist mit 5 Prozent der Zeitanteil für **Hilfe bei der Nahrungsaufnahme** und noch einmal geringer ist der Anteil für **Hilfen beim Verlassen der Wohnung**.

Wird der ambulante Pflegedienst erstmalig mit der Betreuung eines Pflegebedürftigen beauftragt, ist im Rahmen eines **Erstbesuchs** u. a. anderem eine

- Anamnese,
- Pflegeplanung,
- Beratung bei der Auswahl der Leistungskomplexe

durchzuführen. Hierfür wenden die ambulanten Pflegedienste rund 5 Prozent ihres Zeitbudgets für die Betreuung von Pflegebedürftigen auf.

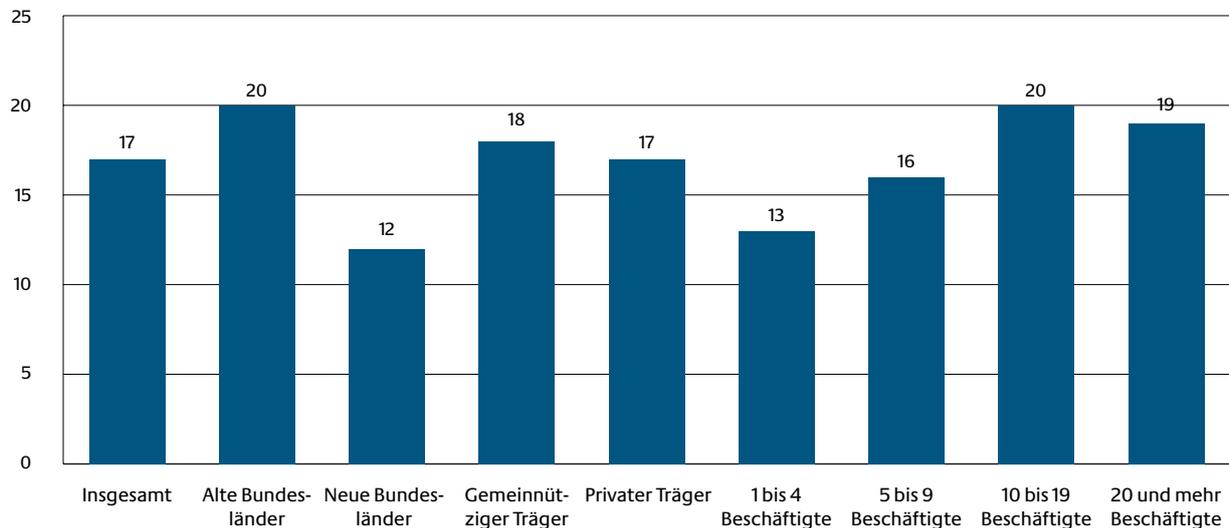
Für die **Beratungseinsätze** nach § 37 Abs. 3 SGB XI wenden die ambulanten Pflegedienste fünf Prozent ihres Zeitbudgets für die Betreuung von Pflegebedürftigen auf.

Pflegebedürftige, bei denen ein **erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung** nach § 45a SGB XI festgestellt ist, können neben den Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflegestufen I bis III zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b Abs. 1 SGB XI in Anspruch nehmen. Zu diesen Leistungen zählt u. a. die allgemeine Anleitung und Betreuung durch ambulante Pflegedienste. Dieses Angebot wird ausdrücklich von den Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung abgegrenzt. Fünf Prozent des Zeitaufwands der ambulanten Pflegedienste für Leistungen der Pflegeversicherung entfallen auf diese Leistung.

Zusätzliche von den Klienten selbst finanzierte Leistungen

Neben den Sachleistungen, die die Pflegeversicherung für die jeweilige Pflegestufe vorsieht, können die Pflegebedürftigen zusätzlich selbst finanzierte Leistungen der ambulanten Pflegedienste in Anspruch nehmen. Dabei kann es sich um weitere SGB XI-Leistungen handeln, aber auch um Leistungen, die im Rahmen der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind. Bei den im Folgenden genannten Zahlen ist zu beachten, dass sich die zugrunde liegenden Angaben in den meisten Fällen auf die Inanspruchnehmer von Sach- oder Kombileistungen, die mit den Pflegekassen direkt abgerechnet werden, beziehen. Bei Pflegebedürftigen mit Geldleistungen, die gegebenenfalls weitere Hilfen anwerben und direkt abrechnen, ist es für den ambulanten Dienst nicht immer ersichtlich, ob es sich um einen Leistungsbezieher der Pflegeversicherung oder um einen sonstigen Privathaushalt handelt, der z. B. „Essen auf Rädern“ in Anspruch nimmt.

Abb. 3.19 Anteil der durch ambulante Pflegedienste betreuten Pflegebedürftigen mit selbst finanzierten SGB XI-Leistungen nach Einrichtungsarten (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

17 Prozent der von ambulanten Pflegediensten betreuten Pflegebedürftigen nehmen zusätzlich selbst finanzierte SGB XI-Leistungen in Anspruch. Mit 20 Prozent ist der Anteil in den alten Bundesländern höher als in den neuen Bundesländern, wo nur 12 Prozent der Pflegebedürftigen selbst finanzierte SGB XI-Leistungen nutzen.

Sonstige Leistungen, die nicht im SGB XI vorgesehen sind, werden von 11 Prozent der Pflegebedürftigen genutzt. Die Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern sind gering. Pflegebedürftige, die von großen Diensten und solchen in gemeinnütziger Trägerschaft betreut werden, nehmen häufiger selbst finanzierte Leistungen in Anspruch. Grund hierfür könnte das größere Leistungsspektrum bei großen bzw. gemeinnützigen Trägern sein.

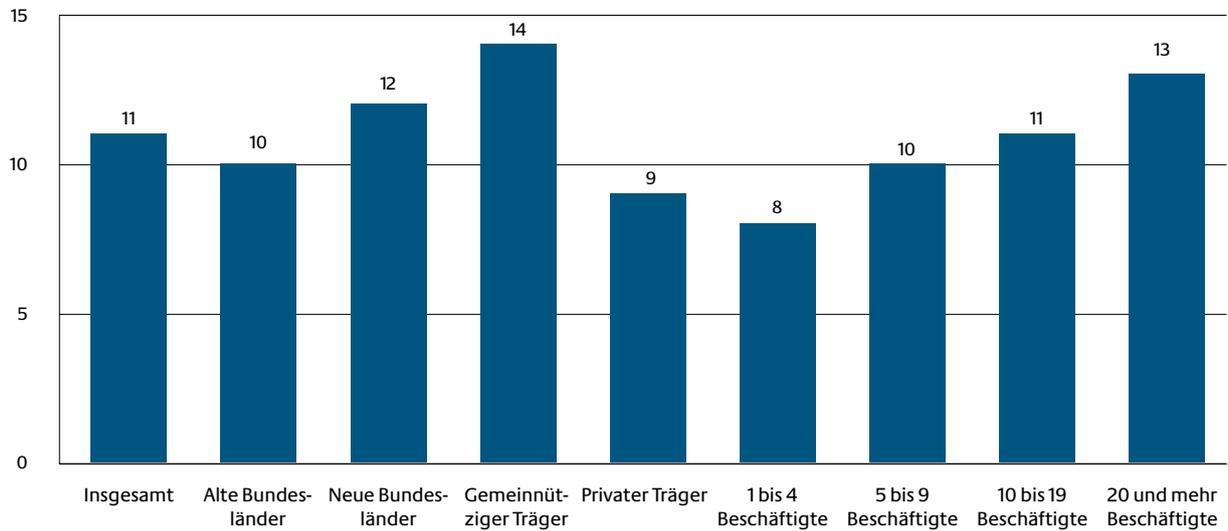
Die Frage nach der Inanspruchnahme zusätzlicher, selbst finanzierter Leistungen differenzierte 1998 noch nicht nach SGB XI- und sonstige Leistungen und ist deshalb nicht direkt mit den aktuellen Zahlen vergleichbar. Damals nahmen 18 Prozent der von ambulanten Diensten betreuten Pflegebedürftigen selbst finanzierte Leistungen in Anspruch.

3.3.3. Bewertungen aus der Sicht der ambulanten Dienste

Während die Pflegebedürftigen mit der Höhe bzw. dem Umfang der gewährten Leistungen überwiegend zufrieden sind (vgl. Kapitel 2), beurteilen die ambulanten Pflegedienste die Pflegesachleistungen der Pflegeversicherung weitaus kritischer. Lediglich 11 Prozent von ihnen sind uneingeschränkt der Meinung, dass die Leistungen ausreichend sind und nur weitere 34 Prozent bezeichnen die Leistungen immerhin als gerade noch ausreichend. 44 Prozent sind der Meinung, dass die Leistungen unzureichend sind. Elf Prozent konnten oder wollten dies nicht pauschal beurteilen.

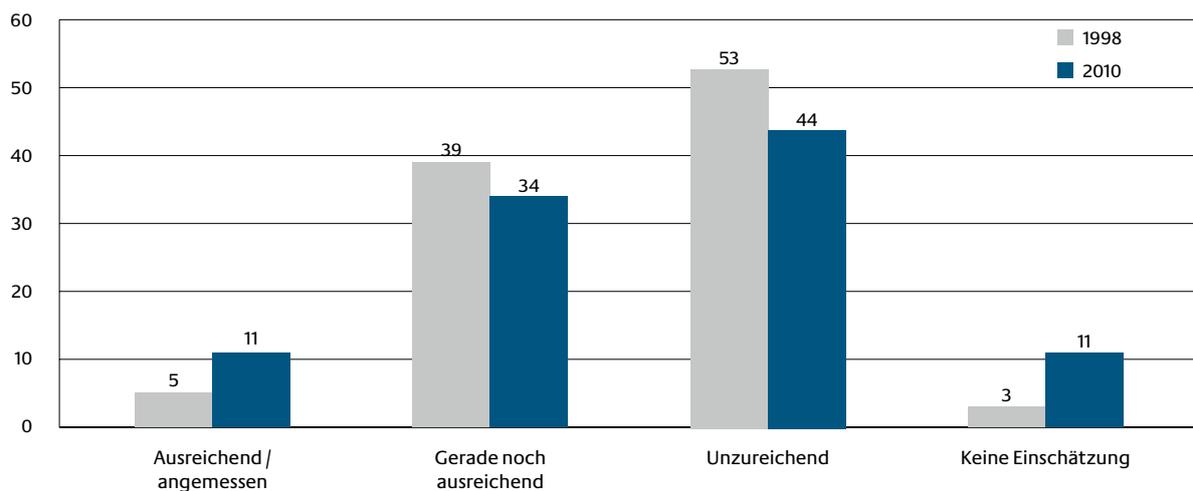
Im Vergleich zu 1998 hat sich die Einschätzung insofern verbessert, als der Anteil der Dienste, die die Leistungen der Pflegeversicherungen ganz klar als unzureichend beurteilen, um neun Prozentpunkte zurückgegangen ist. Der Anteil derjenigen, die die Leistung uneingeschränkt als angemessen einschätzen, ist um sechs Prozentpunkte gestiegen.

Abb. 3.20 Anteil der durch ambulante Pflegedienste betreuten Pflegebedürftigen mit selbst finanzierten sonstigen Leistungen nach Einrichtungsarten (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 3.21 Einschätzung der Sachleistungen der Pflegeversicherung durch die ambulanten Pflegedienste 1998 und 2010 (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tab. 3.7 Beurteilung der Pflegesachleistungen durch ambulante Pflegedienste nach Einrichtungsart (%)

	Sachleistungen sind überwiegend ...		
	ausreichend/ angemessen	gerade noch ausreichend	unzureichend
Insgesamt	11	34	44
Gebiet			
Alte Bundesländer	9	34	45
Neue Bundesländer	16	33	40
Träger			
Gemeinnütziger Träger	10	33	46
Privater Träger	11	34	43
Einrichtungsgröße: Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)			
1 bis 4 Beschäftigte	14	40	34
5 bis 9 Beschäftigte	12	30	47
10 bis 19 Beschäftigte	9	37	43
20 und mehr Beschäftigte	10	30	49
Fehlend zu 100 = Keine Angabe			

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Ambulante Pflegedienste in den neuen Bundesländern beurteilen die Sachleistungen der Pflegeversicherung im Durchschnitt etwas besser als Dienste in den alten Bundesländern. Besonders unzufrieden sind Dienste mit mehr als 20 Beschäftigten, von denen 49 Prozent die Sachleistungen der Pflegeversicherung als unzureichend einstufen.

Die Angaben der Pflegedienste zu den knapp bemessenen Leistungen bzw. zu den Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Pflege allgemein haben sich im Zeitablauf nicht geändert. Nach wie vor werden die folgenden Punkte am häufigsten genannt:

- die als zu niedrig eingeschätzte Einstufung durch den MDK und damit verbunden Leistungen der Pflegeversicherung, die aus Sicht der Dienste nicht den tatsächlichen Bedarf decken
- die fehlende Zeit für psychosoziale Betreuung
- die unzureichende Berücksichtigung des erhöhten Betreuungsaufwands bei Demenzerkrankten und anderen speziellen Gruppen von Pflegebedürftigen (z. B. Personen mit Multimorbidität, Personen mit hohem Übergewicht, sehr alte Menschen)

- die dadurch bedingte – zur Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung der Pflegebedürftigen erforderliche – Erbringung von nicht finanzierten Leistungen.
- eine zu hohe Erwartungs- und Anspruchshaltung bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, oft in Verbindung mit einer fehlenden Bereitschaft, zusätzliche Leistungen selber zu finanzieren.

3.4. Personal

3.4.1. Personelle Ausstattung

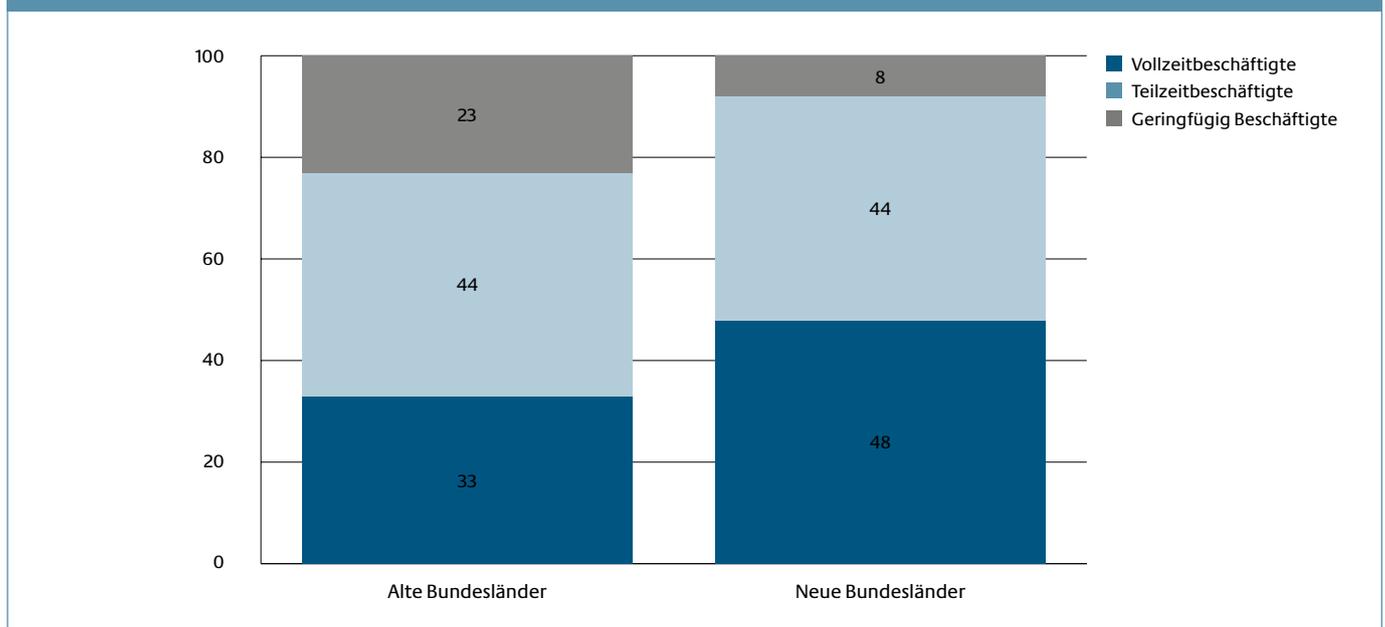
Zum Zeitpunkt der Erhebung – im Frühjahr 2010 – gab es in den ambulanten Pflegediensten etwa 251.000 Beschäftigte. Dies sind ca. 24.000 Beschäftigte und damit knapp 12 Prozent mehr als noch 1998.²⁶ Dabei handelt es sich ausschließlich um Festangestellte (einschl. befristeter Verträge). Auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis Beschäftigte sind nicht einbezogen. Zu beachten ist, dass unabhängig

²⁶ Zum Vergleich: Die Zahl der Dienste ist in diesem Zeitraum um etwa 8 Prozent von rund 10.600 auf aktuell etwa 11.500 angestiegen während die Zahl der von ambulanten Diensten betreuten Leistungsempfänger um 26 Prozent von etwa 400 Tsd. auf 500 Tsd. angestiegen ist.

Tab. 3.8 Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten nach Berufsgruppen und Beschäftigungsumfang

	Beschäftigte insgesamt	davon: Vollzeitbeschäftigte (ab 35 Std.)	Teilzeitbeschäftigte (15 b. u. 35 Std.)	Geringfügig Beschäftigte (< 15 Std.)
Pflegepersonal	204.000	71.000	96.000	37.000
Therapeut/innen u. Sozialarbeiter/innen	3.000	1.000	1.000	1.000
Zivildienstleistende	4.000	4.000	0	0
Hauswirtschaftliches Personal	26.000	3.000	10.000	13.000
Verwaltungspersonal	14.000	6.000	6.000	2.000
Personal insgesamt	251.000	85.000	113.000	53.000

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 3.22 Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsumfang und alten und neuen Bundesländern (%)

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

von dem jeweiligen Einsatzgebiet im Tätigkeitsspektrum jeweils das gesamte festangestellte Personal einbezogen wurde; dementsprechend sind auch Beschäftigte in der Gesamtzahl enthalten, die gegebenenfalls ausschließlich im Bereich der häuslichen Krankenpflege beschäftigt sind.

Der überwiegende Teil des Personals der ambulanten Pflegedienste hat keine Vollzeitstelle. Etwa 44 Prozent sind teilzeitbeschäftigt, d. h. sie sind mindestens 15, aber unter 35 Stunden tätig. Weitere 19 Prozent sind geringfügig, d. h. mit einem Umfang von maximal 15 Stunden, beschäftigt. Lediglich 37 Prozent des Personals sind vollzeitbeschäftigt und damit mindestens 35 Stunden pro Woche tätig.

Ein Vergleich mit den Zahlen von 1998 ist an dieser Stelle nur unter Vorbehalt möglich, da sich die Abgrenzung der Voll- und Teilzeitbeschäftigten in den beiden Erhebungen geringfügig unterscheidet. Während in der Erhebung 2010 ausschließlich der Stundenumfang entscheidend ist, wurden 1998 bei der Unterscheidung von Voll- und Teilzeit keine Stundenvorgaben gemacht und bei den geringfügig Beschäftigten war das ausschlaggebende Kriterium die Beschäftigung im Rahmen eines sozialversicherungsfreien „520 bzw. 620-Mark-Jobs“. Wesentliche Unterschiede sind im Zeitablauf nicht erkenntlich. In der Tendenz deutet sich allenfalls ein leichter Rückgang des Anteils der Vollzeitbeschäftigten an.

Erwartungsgemäß ist ein großer Teil des hauswirtschaftlichen Personals geringfügig beschäftigt. Der Anteil ist von 1998 auf 2010 um 14 Prozentpunkte auf 50 Prozent gestiegen. Nach wie vor sind aber auch 18 Prozent des Pflegepersonals geringfügig beschäftigt und mit 71 Prozent stellen sie die Mehrheit aller geringfügig Beschäftigten.

Wie bereits 1998 ist der überwiegende Teil der geringfügig Beschäftigten in den alten Bundesländern tätig. Entsprechend höher ist in den neuen Bundesländern der Anteil der Vollzeitbeschäftigten.

Vollarbeitskräfte

Zusätzlich zu den beschäftigten Personen wurde das in „Vollarbeitskräfte“ umgerechnete Personal erhoben. Diese Maßzahl wird im Folgenden für die Analyse von Personalbesetzungen und Betreuungsrelationen verwendet.

Von der Summe der etwa 170.000 Vollarbeitskräfte zählen 85,9 Prozent zum Pflegepersonal. Dieser Anteil ist erheblich höher als noch 1998. Damals waren es knapp drei Viertel der etwa 150.000 Vollarbeitskräfte. Um rund 8 Prozentpunkte zurückgegangen ist hingegen der Anteil der Zivildienstleistenden an den Beschäftigten. Ihr Anteil liegt mittlerweile unter 2 Prozent. Da Zivildienstleistende überwiegend pflegerische Tätigkeiten ausüben, erklärt dies zu einem großen Teil den Anstieg des Anteils der Pflegekräfte.

Ebenfalls leicht gesunken sind die Anteile der übrigen Berufsgruppen.

Die Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern sind nur gering. Während der Anteil des hauswirtschaftlichen Personals 1998 in den neuen Bundesländern noch höher war als in den alten Bundesländern, ist 2010 eher ein gegenläufiger Trend zu beobachten, allerdings auf sehr niedrigem Niveau.

Wenngleich der Anteil Zivildienstleistender auch bei ambulanten Diensten in gemeinnütziger Trägerschaft seit 1998 erheblich zurückgegangen ist, so ist der Anteil hier doch nach wie vor höher als bei den Diensten in privater Trägerschaft. Da Zivildienstleistende überwiegend pflegerische Tätigkeiten übernehmen, ist der Anteil des Pflegepersonals in den Diensten in privater Trägerschaft entsprechend höher als der in Diensten mit gemeinnützigem Träger.

Kleinere Dienste beschäftigen fast ausschließlich Pflegekräfte, die neben der Pflege oft auch hauswirtschaftliche

Tab. 3.9 Berufsgruppenstruktur der Vollarbeitskräfte in ambulanten Pflegediensten 1998 und 2010 (%)

	1998	2010
Pflegepersonal	73,9	85,9
Therapeut/innen und Sozialarbeiter/innen	1,5	0,9
Zivildienstleistende	9,4	1,5
Verwaltungspersonal	6,7	5,5
Hauswirtschaftliches Personal	8,5	6,2

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tätigkeiten und Verwaltungsarbeiten übernehmen. Größere Dienste haben hier eine weitaus differenziertere Beschäftigtenstruktur. Entsprechend niedriger ist der Anteil des Pflegepersonals.

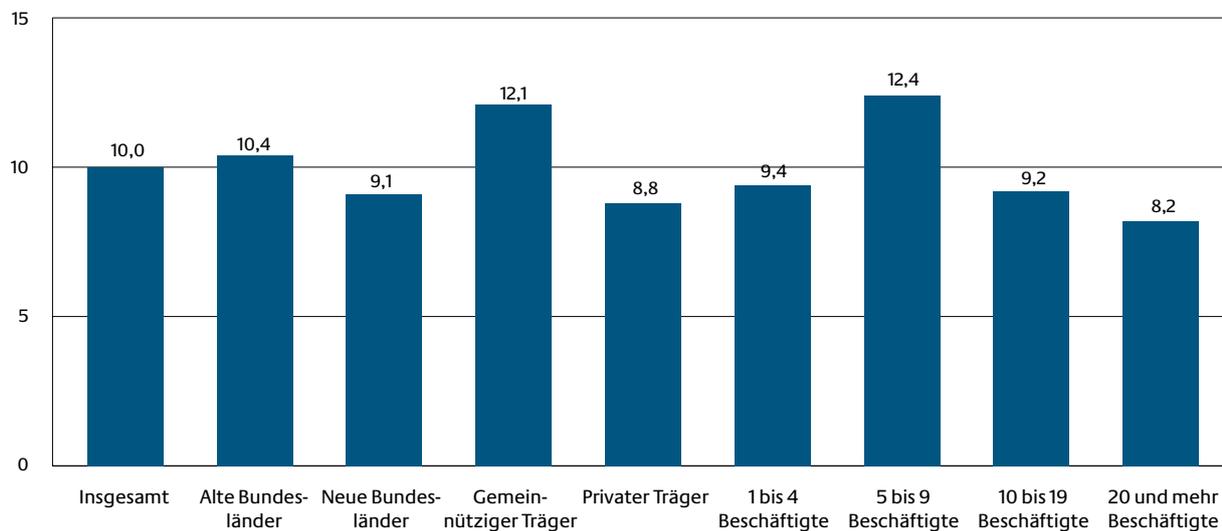
„Betreuungsrelationen“

Die im vollstationären Bereich üblichen und sinnvollen Berechnungen von Betreuungsrelationen (Zahl der Pflegebedürftigen je Pflege- und Betreuungskraft) sind im ambulanten Bereich nur sehr begrenzt aussagefähig, weil

- das Personal nicht nur Leistungen der Pflegeversicherung übernimmt
- durch die Betreuungsrelation nicht deutlich wird, wie jeweils die Struktur der Pflegebedürftigkeit der Betreuten aussieht,
- nicht deutlich wird, in welchem Verhältnis die betreuten Pflegebedürftigen ausschließlich Pflegesach- oder Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen,
- offen bleibt, in welchem Umfang bei Pflegebedürftigen mit Kombinationsleistungen die Anteile von Pflegesachleistungen und Geldleistungen variieren,
- die Zahl der Pflegebedürftigen einen unterschiedlichen Zeitbezug (z. B. Tag oder Monat) haben können.

Unabhängig von diesen Einschränkungen sollen nachfolgend Betreuungsrelationen für die ambulanten Pflegedienste dargestellt werden, um einen ersten Eindruck von dem Verhältnis der mit Leistungen der Pflegeversicherung Betreuten und dem Personal der ambulanten Pflegedienste zu vermitteln. Dabei wird hinsichtlich der Zahl

Abb. 3.23 Pflegebedürftige je Vollarbeitskraft in ambulanten Pflegediensten nach Einrichtungsarten



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

der Pflegebedürftigen von denjenigen ausgegangen, die von den Diensten als monatliche Durchschnittsgröße angegeben wurden. Darüber hinaus wird das Personal bei der Berechnung nur in dem Umfang berücksichtigt, der dem Umsatz der Pflegeversicherungsleistungen in der jeweiligen Einrichtung entspricht. So gehen z. B. bei einer Einrichtung mit zehn Vollarbeitskräften und einem Umsatzanteil für die im Rahmen der Pflegeversicherung finanzierten Leistungen von 45 Prozent nur 4,5 Vollarbeitskräfte in die Berechnung ein.

Unter diesen Voraussetzungen ergibt sich, dass im Bundesdurchschnitt pro Monat 10,0 Pflegebedürftige auf eine Vollarbeitskraft im Bereich der Pflege entfallen. Dies ist eine etwas ungünstigere Betreuungsrelation als noch 1998. Damals kamen im Durchschnitt 9,6 Pflegebedürftige auf eine Vollarbeitskraft in der Pflege. Ein Grund hierfür könnte sein, dass der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I an allen von ambulanten Pflegediensten betreuten Pflegebedürftigen gestiegen ist und damit der durchschnittliche Pflegeaufwand je pflegebedürftiger Person gesunken ist.

Die Betreuungsrelation ist in den alten Bundesländern etwas schlechter als in den neuen Bundesländern. Ein Grund hierfür könnte der höhere Anteil von Pflegebedürft-

tigen mit Kombileistungen in den alten Bundesländern sein. Ungünstiger ist die Betreuungsrelation auch bei den gemeinnützigen Trägern im Vergleich zu den privaten Trägern. Auch dies könnte auf den höheren Anteil an Kombileistungen bei den gemeinnützigen Trägern zurückzuführen sein.

Beschäftigte auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis und Leiharbeitskräfte

In einem Fünftel der ambulanten Pflegedienste sind Personen auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis beschäftigt. Dieser Anteil ist in den alten Bundesländern mit 22 Prozent etwas höher als in den neuen Ländern mit 13 Prozent. Gemeinnützige und private Träger unterscheiden sich hingegen nicht. Die Beschäftigten werden überwiegend in der Pflege eingesetzt.

Von Zeitarbeitsfirmen ausgeliehenes Personal spielt bei den ambulanten Pflegediensten kaum eine Rolle. Zum Zeitpunkt der Befragung waren lediglich in 3 Prozent der Dienste Leiharbeitskräfte tätig. Am höchsten ist der Anteil mit acht Prozent in Diensten mit 20 Beschäftigten und mehr. Auch bei Diensten in gemeinnütziger Trägerschaft ist der Anteil mit sechs Prozent überdurchschnittlich hoch. Dies dürfte allerdings überwiegend ein Größeneffekt sein.

Tab. 3.10 Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in ambulanten Pflegediensten

	Beschäftigte insgesamt	darunter: Vollzeitbeschäftigte (ab 35 Std.)	Teilzeitbeschäftigte (15 b. u. 35 Std.)	Geringfügig Beschäftigte (< 15 Std.)
Gesundheits- u. Krankenpfleger/innen	84.000	29.500	36.000	18.500
Altenpfleger/innen, gerontopsychiatrische Fachkräfte, sonst. Fachpersonal (exam., 2-3 Jahre)	57.000	23.000	28.000	6.000
Sonstiges Pflegepersonal (examiniert, 1 Jahr)	16.000	4.000	8.500	3.500
Pflegepersonal in Ausbildung	7.000	5.000	1.500	500
Sonstiges Pflegepersonal	40.000	9.500	22.000	8.500
Pflegepersonal insgesamt	204.000	71.000	96.000	37.000

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

3.4.2. Qualifikationsstruktur

Wie bereits dargestellt beschäftigen ambulante Pflegedienste ganz überwiegend Pflegepersonal, während andere Berufsgruppen nur einen geringen Anteil der Beschäftigten ausmachen. Aber auch das Pflegepersonal ist keine homogene Gruppe, sondern unterscheidet sich in seiner Qualifikation. Tabelle 3.10 differenziert die Beschäftigten im Pflegebereich nach den unterschiedlichen Qualifikationen.

Vergleicht man die Qualifikationsstrukturen im Zeitablauf, so zeigt sich, dass der Anteil der Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen seit 1998 um 11 Prozentpunkte zurückgegangen ist. Der Anteil der Altenpfleger und -pflegerinnen sowie des sonstigen Fachpersonals – hierzu zählen z. B. gerontopsychiatrische Fachkräfte und Heilerziehungspfleger und -pflegerinnen – ist hingegen um 11 Prozentpunkte gestiegen. Dies weist darauf hin, dass ambulante Pflegedienste bei der Personalauswahl zunehmend dem speziellen Pflegebedarf von älteren Menschen und dem besonderen Betreuungsbedarf bei Demenzerkrankungen Rechnung tragen.

Das sonstige examinierte Pflegepersonal, zu dem insbesondere Altenpflegehelfer und -helferinnen sowie Gesundheits- und Krankenpflegehelfer und -helferinnen zählen, macht etwa ein Zehntel der Beschäftigten aus. Ein weiteres Fünftel des Pflegepersonals zählt zu den Pflegekräften ohne formale pflegerische Qualifikation. Diese Anteile sind im Zeitablauf weitgehend stabil und ändern sich auch dann nicht, wenn man statt der Zahl der Beschäftigten die Vollarbeitskräfte zugrunde legt.

Tab. 3.11 Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in ambulanten Pflegediensten 1998 und 2010 (%)

	1998	2010
Gesundheits- u. Krankenpfleger/innen	52	41
Altenpfleger/innen, gerontopsychiatrische Fachkräfte, sonst. Fachpersonal (exam., 2–3 Jahre)	17	28
Sonstiges Pflegepersonal (examiniert, 1 Jahr)	10	8
Pflegepersonal in Ausbildung	2	3
Sonstiges Pflegepersonal	19	20

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Ein möglicher Indikator zur Darstellung des Pflegepersonals ist der Anteil der Fachkräfte mit 2- oder 3-jähriger Ausbildung an der Gesamtzahl der in der Pflege Beschäftigten. Dieser Anteil ist in den ambulanten Pflegediensten relativ hoch. Dies gilt unabhängig davon, ob alle beschäftigten Pflegepersonen, nur die vollzeitbeschäftigten Pflegepersonen oder die in Vollarbeitskräfte umgerechneten Pflegepersonen berücksichtigt werden. Bezogen auf die Vollarbeitskräfte beträgt der Anteil der Pflegefachkräfte 74 Prozent²⁷ und erreicht damit nahezu das Niveau von 1998 (77 Prozent).

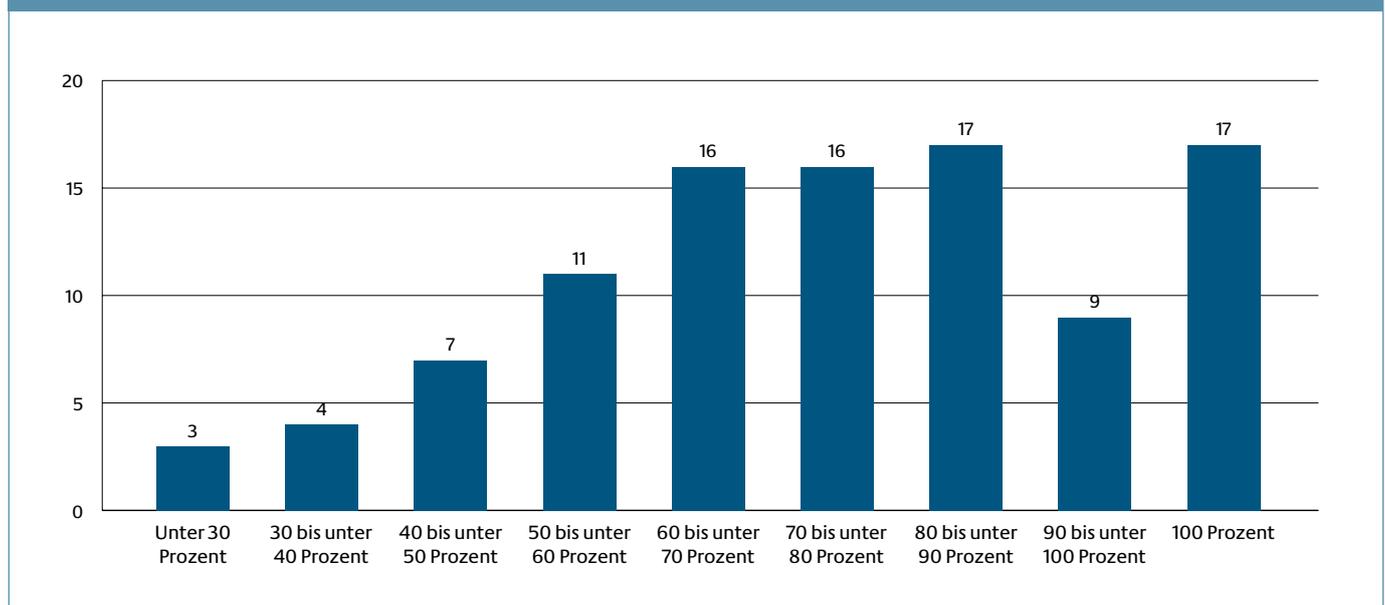
Der Anteil der Pflegefachkräfte ist in den alten Bundesländern mit 76 Prozent etwas höher als in den neuen Bundes-

²⁷Die dargestellte Quote bezieht sich ausschließlich auf das Pflegepersonal im engeren Sinne. Das therapeutische und sozialpädagogische Fachpersonal bleibt hier ausgeklammert.

ländern mit 69 Prozent. Die Unterschiede zwischen Diensten in gemeinnütziger und privater Trägerschaft sind hingegen nur minimal.

Deutliche Unterschiede zeigen sich bei der Größe der Einrichtung. Je größer die Einrichtung ist, desto niedriger ist der Anteil der Pflegefachkräfte. Die Spannweite reicht von 84 Prozent bei den Einrichtungen mit bis zu vier Beschäftigten bis hin zu 68 Prozent bei den ambulanten Diensten mit 20 und mehr Beschäftigten. Trotz des hohen durchschnittlichen Anteils an Fachkräften gibt es eine Reihe von Dienste, in denen weniger als die Hälfte des Pflegepersonals (in Vollarbeitskräften) Fachkräfte sind; dies betrifft wie bereits 1998 allerdings nur 14 Prozent aller Dienste.

Abb. 3.24 Einrichtungsbezogene Anteile der Pflegefachkräfte in ambulanten Pflegediensten (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Qualifikation der Pflegedienstleistung und der Einrichtungsleitung

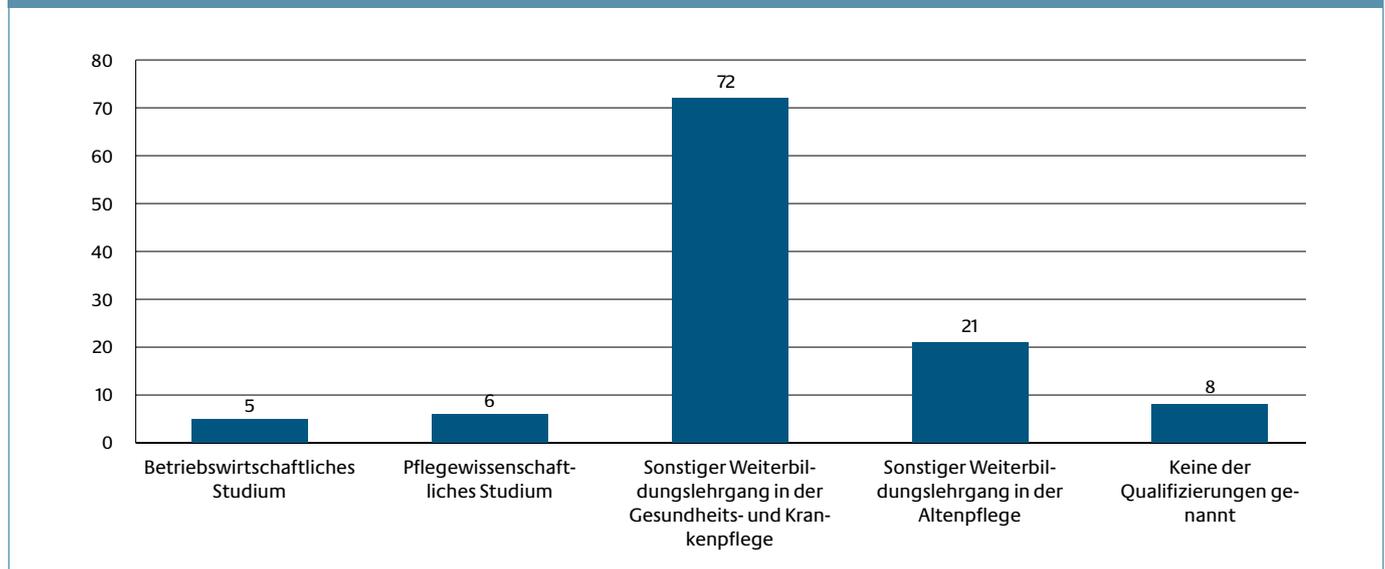
Nach § 71 Abs. 1 SGB XI muss die Betreuung der Pflegebedürftigen unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft erfolgen. Zu den ausgebildeten Pflegefachkräften zählen nach Absatz 3

- Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger und -pflegerinnen
- Altenpfleger und -pflegerinnen

- nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspfleger und -pflegerinnen, sofern die Einrichtung überwiegend behinderte Menschen pflegt und betreut.

Mit 80 Prozent hat die große Mehrheit der Pflegedienstleitungen einen Berufsabschluss als Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. -pflegerin. Dies erklärt sich nicht zuletzt daraus, dass die überwiegende Zahl der ambulanten Dienste auch medizinische Behandlungspflege anbietet. 18 Prozent der Pflegedienstleitungen sind Altenpfleger bzw. -pflegerin und zwei Prozent der Dienste haben an dieser Stelle keine Angaben gemacht.

Abb. 3.25 Qualifizierungen der Pflegedienstleitungen in ambulanten Pflegediensten (Mehrfachnennungen, %)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Fast drei Viertel der Pflegedienstleitungen haben einen Weiterbildungslehrgang in der Gesundheits- und Krankenpflege absolviert, ein Fünftel hat einen Weiterbildungslehrgang der Altenpflege abgeschlossen. Ein betriebswirtschaftlicher oder pflegewissenschaftlicher Studienabschluss ist hingegen relativ selten.

Pflegedienstleitungen in den alten Bundesländern haben häufiger an Weiterbildungslehrgängen der Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege teilgenommen als Pflegedienstleitungen in den neuen Bundesländern. Ähnliches gilt für die Pflegedienstleitungen in Dienste in privater Trägerschaft im Vergleich zu gemeinnützigen Trägern, der Unterschied bei den Weiterbildungslehrgängen in der Altenpflege ist mit 2 Prozentpunkten allerdings eher gering. Während Pflegedienstleitungen in Dienste mit mehr als 20 Beschäftigten mit 82 Prozent überdurchschnittlich häufig an Weiterbildungslehrgängen in der Gesundheits- und Krankenpflege und mit 13 Prozent relativ selten an Weiterbildungslehrgängen in der Altenpflege teilgenommen haben, sieht es bei den Diensten mit bis zu vier Beschäftigten etwas anders aus. 29 Prozent der Pflegedienstleitungen haben hier an Weiterbildungslehrgängen in der Altenpflege teilgenommen, aber „nur“ 63 Prozent an Weiterbildungslehrgängen in der Gesundheits- und Krankenpflege.

Im Gegensatz zur Pflegedienstleitung ist der erforderliche berufliche Abschluss der Leitung einer ambulanten Pflegeeinrichtung nicht gesetzlich geregelt. Doch auch

von den Einrichtungsleitungen haben 69 Prozent einen Abschluss als Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. -pflegerin und weitere 14 Prozent einen Abschluss als Altenpfleger bzw. -pflegerin. Daneben wurden insbesondere Studienabschlüsse der Pädagogik, Betriebswirtschaft und Pflegewissenschaft sowie kaufmännische Ausbildungsabschlüsse genannt.

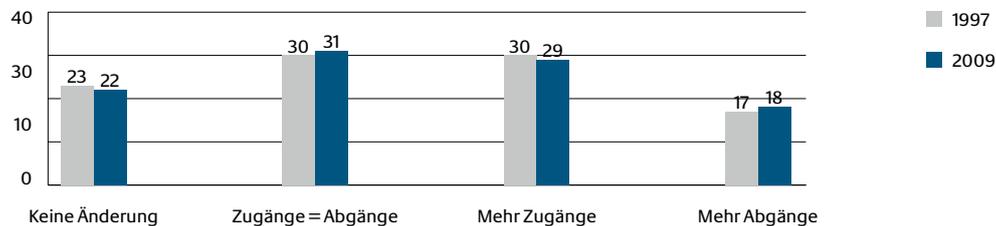
3.4.3. Personalfuktuation

Im Zusammenhang mit der Personalsituation in der Pflege wird zunehmend der bereits heute bestehende Fachkräftemangel diskutiert. Doch nicht nur ein Mangel an Fachkräften, sondern auch eine hohe Personalfuktuation kann die Qualität in der Pflege beeinträchtigen. Aus diesem Grund wurden bei der Befragung der ambulanten Pflegedienste in den Jahren 2010 und 1998 für das jeweils zurückliegende Jahr, also 2009 und 1997, Informationen zur Personalfuktuation erhoben.

Examierte Fachkräfte

Betrachtet man zunächst auf der Ebene der einzelnen ambulanten Dienste die Zu- und Abgänge bei den examinierten Pflegekräften, einschließlich derjenigen mit 1-jähriger Ausbildung, so zeigt sich, dass es 2009 lediglich in 22 Prozent der ambulanten Dienste keine Veränderungen gab, dass also weder examinierte Pflegekräfte neu eingestellt wurden noch die Einrichtung verlassen haben. In 31 Prozent der ambulanten Dienste hielten sich Neueinstellungen und Abgänge die Waage, in 29 Prozent der Ein-

Abb. 3.26 Entwicklung der Zahl der examinierten Pflegekräfte in den ambulanten Pflegediensten 1997 und 2009 (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tab. 3.12 Entwicklung der Zahl der examinierten Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 2009 nach Zahl der Beschäftigten in Vollzeit (%)

	Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)				Ambulante Dienste insgesamt
	1-4	5-9	10-19	20 und mehr	
Keine Änderung	44	24	19	9	22
Zugänge = Abgänge	22	35	33	28	31
Mehr Zugänge	15	23	29	48	29
Mehr Abgänge	19	18	19	15	18

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

richtungen hat sich die Zahl der examinierten Pflegekräfte erhöht und in 18 Prozent der Einrichtungen verringert. Zu beachten ist, dass diese Zahlen nur etwas über die Entwicklung der Zahl der Beschäftigten, nicht jedoch über die Entwicklung des Beschäftigungsvolumens aussagen.

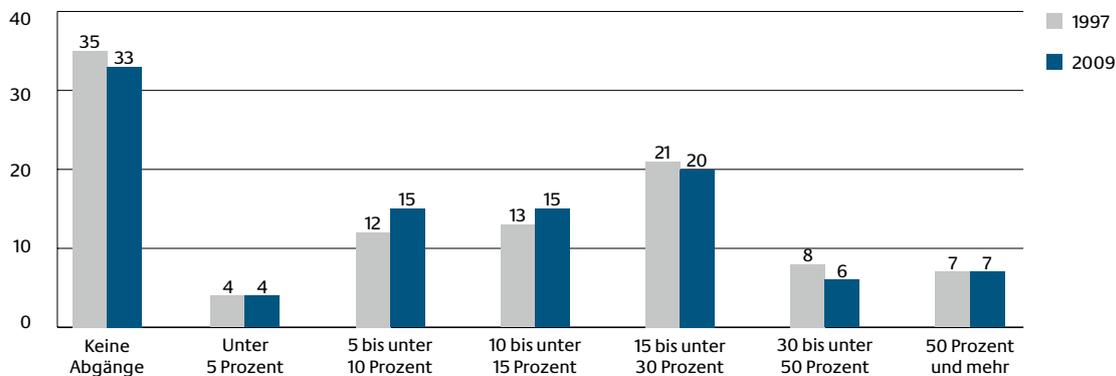
Die Entwicklung bei den examinierten Pflegekräften verlief 1997 fast identisch. Abweichungen zu 2009 betragen maximal einen Prozentpunkt.

Der Anteil der ambulanten Dienste, bei denen es 2009 keine Änderungen beim examinierten Personal gab, ist bei den kleinen Diensten mit bis zu vier Beschäftigten (in Vollzeit) mit 44 Prozent überdurchschnittlich hoch, während von den Diensten mit 20 und mehr Beschäftigten nur neun Prozent keinerlei Änderungen beim examinierten Pflegepersonal berichten. In den großen Pflegediensten ist der Anteil der Dienste besonders hoch, die 2009 mehr examinierte Pflegekräfte eingestellt haben als ausgeschieden sind.

Im Folgenden wird die Fluktuation der examinierten Pflegekräfte noch etwas differenzierter betrachtet. Dabei wird die Fluktuation definiert als der Anteil der examinierten Pflegekräfte, die 2009 bzw. 1997 ausgeschieden sind, an allen examinierten Pflegekräften im jeweiligen ambulanten Dienst zum Zeitpunkt der Erhebung.

In 33 Prozent der ambulanten Dienste sind 2009 keine examinierten Pflegekräfte ausgeschieden. In weiteren 19 Prozent beträgt die Fluktuation maximal 10 Prozent. Auf der anderen Seite haben immerhin 13 Prozent der Einrichtungen 2009 mindestens 30 Prozent ihrer examinierten Pflegekräfte verloren. Auch hier zeigen sich im Vergleich mit 1997 allenfalls sehr geringe Unterschiede.

Abb. 3.27 Fluktuation bei den examinierten Pflegekräften in ambulanten Pflegediensten 1997 und 2009 (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tab. 3.13 Fluktuation der examinierten Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 2009 nach Zahl der Beschäftigten in Vollzeit (%)

	Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)				Ambulante Dienste insgesamt
	1-4	5-9	10-19	20 und mehr	
Keine Abgänge	56	36	29	20	33
unter 5 Prozent	-	1	2	15	4
5 b. u. 10 Prozent	1	9	20	26	15
10 b. u. 15 Prozent	4	18	16	16	15
15 b. u. 30 Prozent	14	22	23	16	20
30 b. u. 50 Prozent	6	7	6	5	6
50 Prozent und mehr	19	7	4	2	7

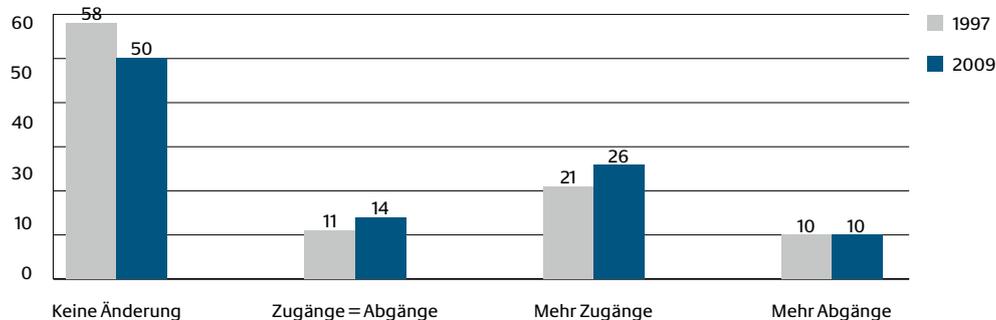
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Der Anteil der ambulanten Pflegedienste, die 2009 keine Fluktuation bei den examinierten Pflegekräften berichtet haben, ist bei den kleinen Diensten erwartungsgemäß erheblich höher als in den größeren Unternehmen. 56 Prozent der Pflegedienste mit maximal vier Beschäftigten in Vollzeit haben keine Weggänge zu verzeichnen. Bei den Einrichtungen mit 20 und mehr Beschäftigten trifft dies nur auf 20 Prozent zu. Andererseits sind 2009 in knapp einem Fünftel der kleinen Pflegedienste 50 Prozent oder mehr der examinierten Pflegekräfte ausgeschieden. Gerade in den kleinen Einrichtungen führt der Weggang von ein oder zwei examinierten Pflegekräften dazu, dass sich damit ein verhältnismäßig großer Anteil der Belegschaft ausgetauscht hat.

Nicht examiniertes Pflegepersonal

Die Hälfte der ambulanten Dienste hat angegeben, dass 2009 weder nicht examinierte Pflegekräfte eingestellt wurden noch ausgeschieden sind. Bei der Interpretation dieser Zahl ist allerdings zu beachten, dass 39 Prozent aller Dienste zum Erhebungszeitpunkt keine Pflegekräfte ohne Examen beschäftigt haben. Würde man diesen Teil der Dienste unberücksichtigt lassen, so wäre der Anteil der Dienste, die bei den nicht examinierten Pflegekräften 2009 weder Neueinstellungen noch Abgänge zu verzeichnen hatten, niedriger als die entsprechenden Anteile bei den examinierten Pflegekräften. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass der Anteil der nicht examinierten Pflegekräfte an allen Pflegekräften einschließlich der Auszubildenden mit 20 Prozent relativ niedrig ist.

Abb. 3.28 Entwicklung der Zahl der nicht examinieren Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 1997 und 2009 (%) Pflegeversicherung 1998 und 2010 (Mehrfachnennungen, %)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tab. 3.14 Entwicklung der Zahl der nicht examinieren Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 2009 nach Zahl der Beschäftigten in Vollzeit (%)

	Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)				Ambulante Dienste insgesamt
	1-4	5-9	10-19	20 und mehr	
Keine Änderung	68	58	47	29	50
Zugänge = Abgänge	10	12	15	16	14
Mehr Zugänge	16	23	26	40	26
Mehr Abgänge	6	7	12	15	10

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

In 14 Prozent der Pflegedienste halten sich Neueinstellungen und Abgänge beim nicht examinieren Personal die Waage, in 26 Prozent der Dienste ist die Zahl der Pflegekräfte ohne Examen gestiegen und in 10 Prozent ist sie gesunken.

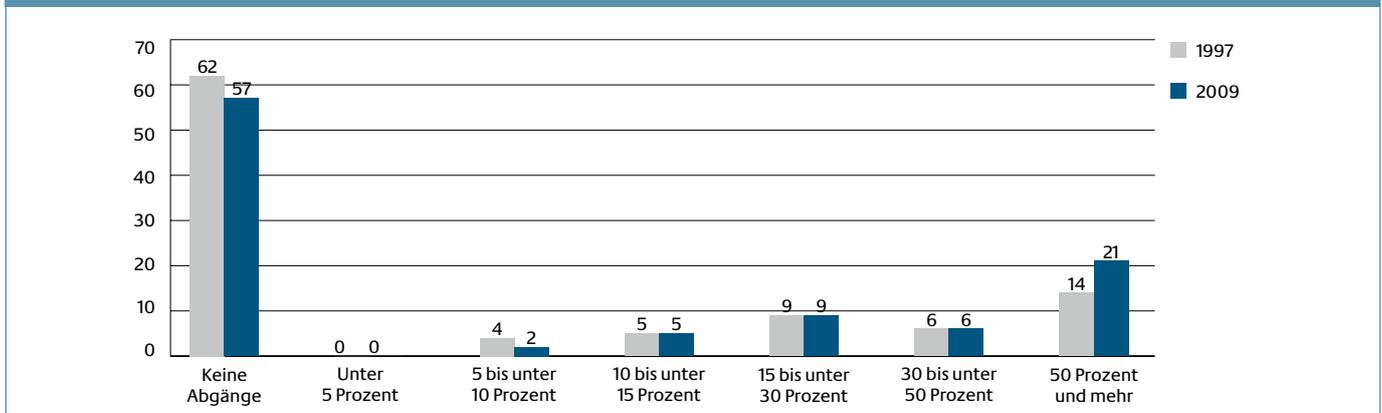
Der Anteil der Pflegedienste, die keinerlei Änderungen bei den nicht examinieren Pflegekräften berichtet haben, war 1997 mit 58 Prozent noch 8 Prozentpunkte höher als 2009. Allerdings war damals auch der Anteil der Einrichtungen, die zum Erhebungszeitpunkt kein nicht examinieren Pflegepersonal beschäftigten, mit 52 Prozent noch höher als in der aktuellen Studie.

Auch bei den nicht examinieren Pflegekräften sind es eher die kleinen Pflegedienste, die überdurchschnittlich häufig weder Neueinstellungen noch Abgänge zu verzeichnen haben. Die großen Pflegedienste mit 20 und mehr Vollzeitbeschäftigten haben 2009 mit 40 Prozent besonders häufig einen Anstieg der Zahl der nicht examinieren Pflegekräfte zu verzeichnen.

Die folgenden Angaben zu den Fluktuationsquoten beziehen sich nur auf die ambulanten Pflegedienste, in denen zum Erhebungszeitpunkt auch tatsächlich nicht examinieren Pflegepersonal beschäftigt war. 2010 waren dies 61 Prozent.

57 Prozent der Dienste, in denen nicht examinieren Pflegepersonal tätig ist, berichten, dass 2009 keine nicht examinieren Pflegekräfte ausgeschieden sind. 1997 traf dies mit 62 Prozent noch etwas häufiger zu. Bei 21 Prozent der Pflegedienste hat im Laufe des Jahres 2009 die Hälfte der nicht examinieren Pflegekräfte den Dienst verlassen. 1997 galt dies erst für 14 Prozent der ambulanten Dienste. Die im Vergleich zu 1997 etwas höhere Fluktuation mag durch eine zunehmende Nachfrage nach nicht examinieren Pflegepersonal und damit verbunden durch eine höhere Bereitschaft der Pflegekräfte zum Arbeitgeberwechsel bedingt sein.

Abb. 3.29 Fluktuation bei den nicht examinierten Pflegekräften in ambulanten Pflegediensten 1997 und 2009 (%)
Basis: Ambulante Dienste mit nicht examiniertem Pflegepersonal zum Erhebungszeitpunkt



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tab. 3.15 Fluktuation der nicht examinierten Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 2009 nach Zahl der Beschäftigten in Vollzeit (%)

	Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)				Ambulante Dienste insgesamt
	1-4	5-9	10-19	20 und mehr	
Keine Abgänge	74	66	56	42	57
unter 5 Prozent	-	-	-	1	0
5 b. u. 10 Prozent	-	-	2	7	2
10 b. u. 15 Prozent	-	1	6	7	5
15 b. u. 30 Prozent	2	4	9	16	9
30 b. u. 50 Prozent	-	9	5	5	6
50 Prozent und mehr	24	20	22	22	21

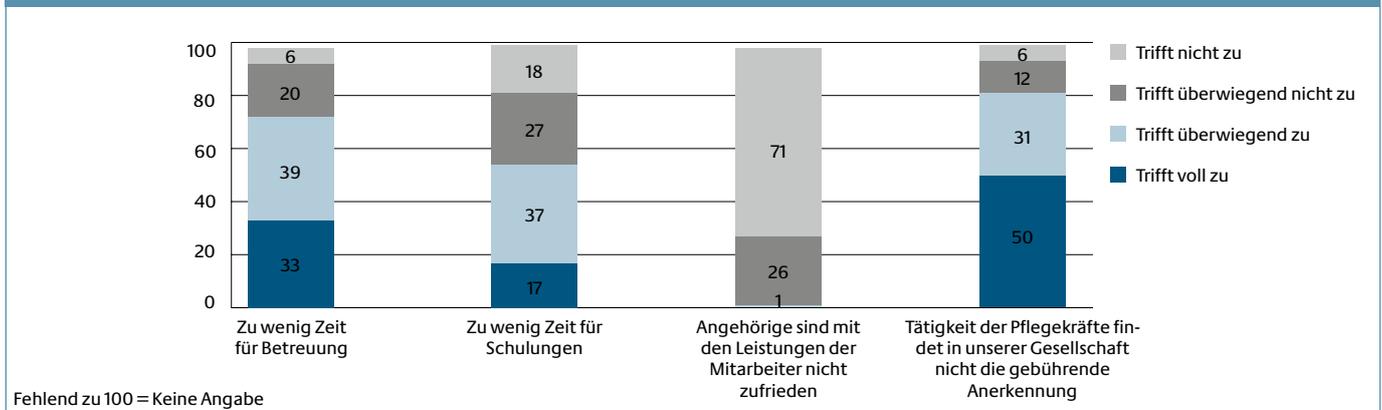
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Der Anteil der Pflegedienste, bei denen 2009 keine nicht examinierten Pflegekräfte ausgeschieden sind, ist wie auch bei den examinierten Pflegekräften in den kleinen Diensten überdurchschnittlich hoch. Der Anteil der Dienste, bei denen 2009 mindestens die Hälfte des nicht examinierten Pflegepersonals ausgeschieden ist, variiert je nach Größe der Pflegedienste zwischen 20 und 24 Prozent. Die im Vergleich zu den examinierten Pflegekräften höheren Anteile von Einrichtungen, die entweder gar keine Fluktuation oder eine Fluktuationsquote über 50 Prozent berichten, hängt mit dem geringen Anteil nicht examinierter Pflegekräfte an allen Pflegekräften in ambulanten Diensten zusammen. Ihr Anteil beträgt lediglich 20 Prozent. Gerade in den kleinen ambulanten Diensten sind – wenn überhaupt – oft nur ein oder zwei nicht examinierte Pflegekräfte beschäftigt. Wenn eine von ihnen den ambulanten Dienst verlässt, so beträgt die Fluktuationsquote 100 bzw. 50 Prozent.

3.4.4. Die Situation der Beschäftigten aus Sicht der Einrichtungsleitungen

Die Einrichtungsleitungen hatten im Rahmen der Repräsentativerhebung die Möglichkeit, anhand von vier Aussagen die gegenwärtige Situation der Beschäftigten zu beurteilen. Dabei zeigt sich, dass die fehlende Anerkennung der Tätigkeit der Pflegekräfte und zu wenig Zeit für die Betreuung der Pflegebedürftigen aus ihrer Sicht nach wie vor zu den größten Problemen zählen. Fasst man die Ausprägungen „Die Aussage trifft voll zu“ und „Die Aussage trifft überwiegend zu“ zusammen, so sind 81 Prozent der Einrichtungsleitungen der Ansicht, dass die Arbeit der Pflegekräfte in der Gesellschaft nicht die gebührende Anerkennung findet und 73 Prozent geben an, dass den Pflegekräften zu wenig Zeit für die Pflegebedürftigen bleibt. Über die Hälfte der Einrichtungsleitungen ist der Meinung, dass auch für Schulungsmaßnahmen zu wenig Zeit bleibt. Unzufriedene Angehörige sind aus Sicht der Einrichtungsleitungen hingegen eher selten.

Abb. 3.30 Die Situation des Pflegepersonals aus der Sicht der ambulanten Pflegedienste (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Aus der Sicht der ambulanten Dienste besteht demnach erheblicher Bedarf, sowohl die allgemeine Wertschätzung und damit auch das Berufsprestige der Pflegekräfte zu erhöhen, als auch konkrete Maßnahmen zu ergreifen, die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern, damit mehr Zeit für die Klienten bleibt. Wertschätzung und gesellschaftliches Berufsprestige korrelieren mit der Entlohnung: neben anderen Faktoren ist die Höhe des mit der Tätigkeit erzielbaren Einkommens ein wesentliches Element bei der Bemessung des gesellschaftlichen Prestiges, den ein Beruf genießt. Mehr Zeit für die Pflege zielt hingegen darauf ab, die gewährten Leistungen abrechnungsseitig höher zu bewerten oder aber bestimmte Elemente (Wegezeiten, Dokumentation, Zeit für Weiterbildung etc.) stärker zu gewichten. Diese Sichtweise kommt auch in der Gesamtbewertung der wirtschaftlichen Situation der Einrichtung zum Ausdruck.

Gewalt in der Pflege

Das Thema „Gewalt in der Pflege“ – sei es durch pflegende Angehörige oder auch professionelle Pflegekräfte – ist bedingt durch öffentlich gewordene Einzelfälle zunehmend in den Blickpunkt gerückt. Aus diesem Grund wurde auch erfragt, ob sich die ambulanten Pflegedienste in den letzten 12 Monaten von Beschäftigten trennen mussten, die gegenüber den betreuten Pflegebedürftigen gewalttätig geworden sind. Der Begriff „gewalttätig“ wurde dabei ausdrücklich nicht nur auf körperliche Gewalt beschränkt, sondern umfasste auch verbale und psychische Gewalt. Knapp 2,5 Prozent der Dienste haben die Frage bejaht. Hochgerechnet auf alle ambulanten Pflegedienste bedeutet dies, dass etwa 280 Pflegedienste innerhalb eines Jahres eine Kündigung wegen Gewalt in der Pflege aussprechen mussten. Dies zeigt, dass es nach wie vor notwendig ist, die Dienste für das Problem der Gewalt-

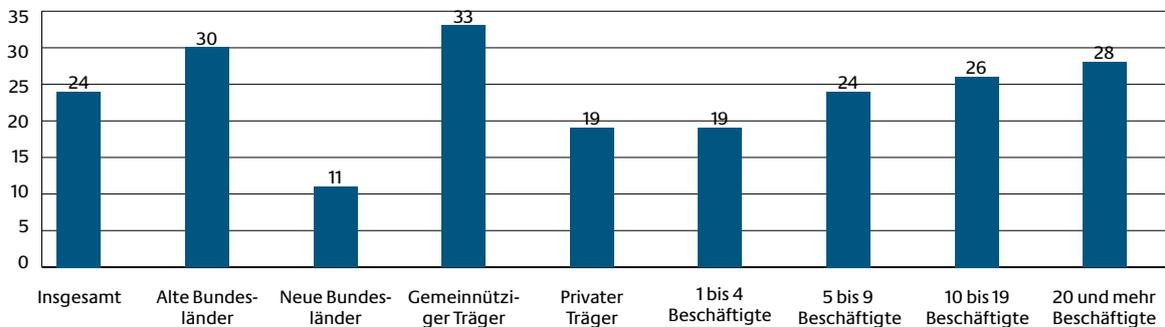
anwendung durch Pflegekräfte zu sensibilisieren und im Hinblick auf präventive Maßnahmen zu schulen.

3.5. Wirtschaftliche Situation

Mit der Pflegeversicherung wurde ein duales Finanzierungssystem eingeführt, das neben die Aufgaben der Pflegeversicherung die Investitionsaufgaben der Länder stellt. Nach § 9 SGB XI sind die Länder verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Dabei sollen die Einsparungen, die bei den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen, zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegedienste eingesetzt werden.

Die Länder haben bei der Investitionskostenförderung unterschiedliche Wege beschritten, wobei aber kein Land die Investitionskosten vollständig übernimmt. Insgesamt wird knapp ein Viertel der Dienste mit öffentlichen Mitteln gefördert. Dies ist ein erheblich geringerer Anteil als noch 1998; damals erhielten 43 Prozent der ambulanten Pflegedienste öffentliche Mittel. Überdurchschnittlich häufig werden Dienste in den alten Bundesländern gefördert. 1998 waren es noch die Dienste in den neuen Bundesländern, die häufiger öffentliche Zuschüsse erhielten. Wie bereits 1998 erhalten Dienste in gemeinnütziger Trägerschaft häufiger öffentliche Mittel als Dienste privater Träger. Die 1998 bestehende positive Korrelation zwischen der Einrichtungsgröße und der Förderquote zeigt sich ansatzweise auch 2010 noch. Die Unterschiede sind allerdings erheblich geringer als noch 1998.

Abb. 3.31 Anteil der ambulanten Pflegedienste mit öffentlicher Förderung nach Einrichtungsarten (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Soweit die Betriebskosten nicht durch öffentliche Förderung gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung gemäß § 82 Abs. 3 SGB XI mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde den Pflegebedürftigen diese Kosten gesondert berechnen. Nach Absatz 4 ist diese Zustimmung bei nicht geförderten Diensten nicht erforderlich. Von der Möglichkeit einer gesonderten Berechnung der Investitionskosten machen 36 Prozent der ambulanten Pflegedienste Gebrauch. Damit hat sich der Anteil seit 1998 fast verdreifacht. Damals haben lediglich 13 Prozent der ambulanten Pflegedienste den Pflegebedürftigen betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen gesondert berechnet.

Ambulante Pflegedienste in den neuen Bundesländern stellen den Pflegebedürftigen weitaus häufiger Investitionskosten in Rechnung als Dienste in den alten Ländern. In abgeschwächter Form gilt dies auch für Dienste mit mindestens 10 Beschäftigten im Vergleich zu kleineren Diensten und für gemeinnützige Träger im Vergleich zu privaten Trägern.

Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung wird zwischen dem Träger der Einrichtung und den Leistungsträgern nach einheitlichen Gesichtspunkten vereinbart. Nach § 89 Abs. 1 SGB XI muss die Vergütung einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen.

Wie bereits 1998 erfolgt die Vergütung auch 2010 überwiegend nach Leistungskomplexen und Punktwerten. Andere Vergütungsformen werden eher selten genannt. Dies gilt noch einmal mehr für die neuen Bundesländer, in

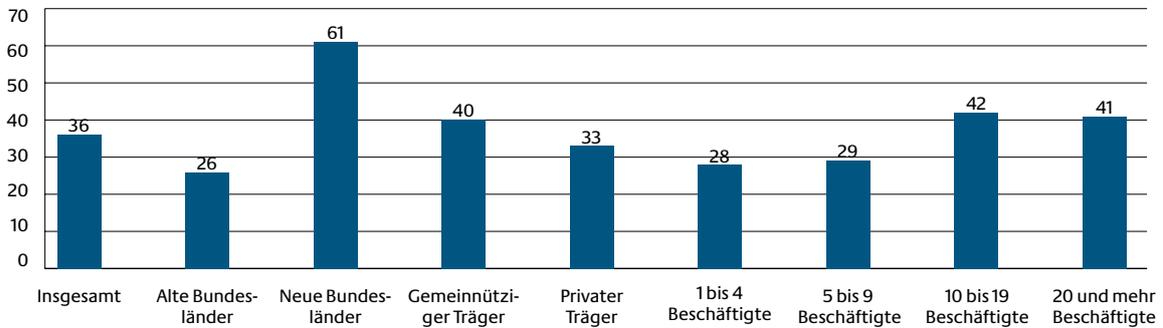
denen mit 95 Prozent fast alle Dienste nach Leistungskomplexen und Punktwerten abrechnen.

Die Dienste wurden gebeten zu beurteilen, ob die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen „kostendeckend“ oder „überwiegend nicht kostendeckend“ ist und im Falle einer negativen Einschätzung nach den Gründen gefragt. Aus den Angaben wird deutlich, dass der Begriff „kostendeckend“ nicht streng betriebswirtschaftlich verstanden wurde. Vielmehr subsumierten die Dienste hierunter auch, wenn aus Kostengründen weniger qualifizierte Kräfte eingestellt werden oder wenn bestimmte Leistungen, die sinnvoll und wünschenswert wären, nicht im Rahmen der Vergütung erbracht werden können.

In diesem Sinne gibt die Hälfte der Dienste an, dass die Vergütungen für die ambulanten Pflegedienstleistungen nicht kostendeckend sind. Dies sind neun Prozentpunkte weniger als noch 1998. Allerdings konnten sich 2010 11 Prozent der Dienste nicht für eine der beiden Antwortvorgaben entscheiden. 1998 waren es nur fünf Prozent.

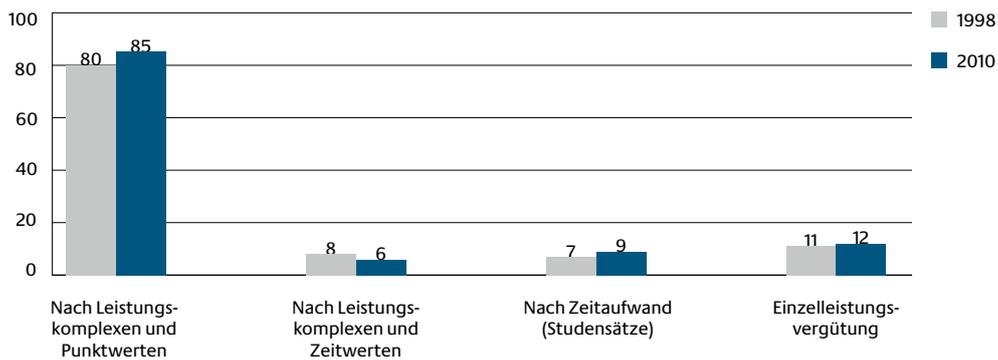
Wie bereits 1998 beurteilen die ambulanten Pflegedienste in den neuen Bundesländern die Vergütung etwas positiver als die Dienste in den alten Bundesländern. Besonders kritisch sehen die Dienste in gemeinnütziger Trägerschaft die Vergütungssituation. 59 Prozent von ihnen sind der Meinung, dass die Vergütung nicht kostendeckend ist. Während die größeren Dienste die Vergütung 1998 im Vergleich zu den kleineren Diensten noch erheblich häufiger als nicht kostendeckend einstufen, hat sich die Einschätzung heute weitgehend angeglichen.

Abb. 3.32 Anteil der ambulanten Pflegedienste, die den Pflegebedürftigen Investitionsaufwendungen berechnen, nach Einrichtungsarten (%)



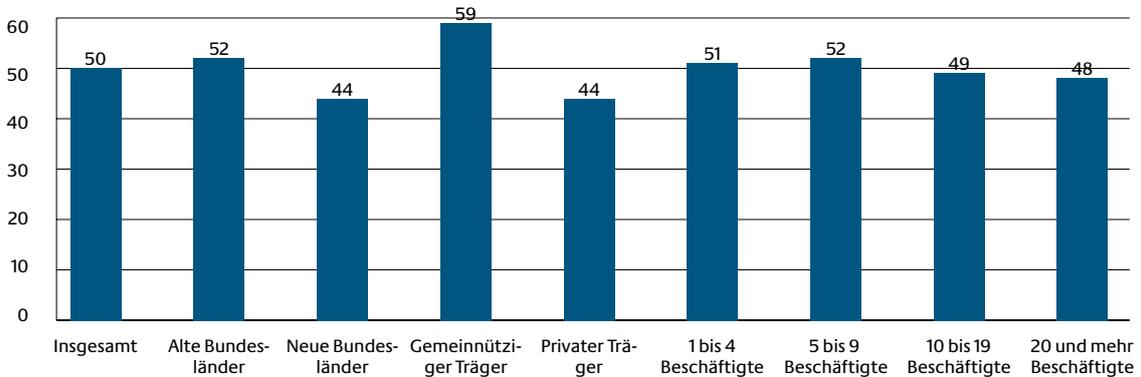
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 3.33 Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung 1998 und 2010 (Mehrfachnennungen, %)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 3.34 Ambulante Pflegedienste mit der Angabe „überwiegend nicht kostendeckende Vergütung“ (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Bei der Frage nach den Gründen für die nicht kostendeckenden Vergütungen wurden relativ häufig unzureichende Zeitvorgaben und zu hohe Personalkosten genannt.

Die häufigsten Einzelnennungen zu den Zeitvorgaben lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Zeitvorgaben sind grundsätzlich zu gering.
- Die individuelle Situation wird bei den Zeitvorgaben nicht berücksichtigt („Menschen sind keine Maschinen und haben verschiedene Ansprüche“).
- Spezielle Gruppen von Pflegebedürftige haben einen erhöhten Betreuungs- und Pflegeaufwand, der bei der Vergütung nicht berücksichtigt wird (z. B. an Demenz erkrankte Personen, Personen mit Multimorbidität, Personen mit hohem Übergewicht).
- In den Leistungskomplexen/Modulen ist der Zeitaufwand nicht ausreichend abgedeckt.
- Die Punktwerte sind zu niedrig.
- Die Vergütung reicht nur für eine rein körperliche Pflege, eine ganzheitliche menschliche Betreuung ist nicht möglich.

Bei den zu hohen Personalkosten wurde häufig genannt

- Das Pflegepersonal kostet mehr als die Pflegeversicherung zahlt.
- Die (tarifvertraglich geregelten) Gehälter lassen sich nicht mit den Vergütungssätzen der Pflegeversicherung finanzieren.
- Die Vergütung deckt nicht die Kosten für qualifiziertes Fachpersonal. Eine Kostendeckung ist nur mit geringfügig beschäftigtem Personal und bei Beschäftigung von Hilfskräften möglich.
- Die Personalkosten sind gestiegen, die Vergütung aber nicht.
- Hohe Fort- und Weiterbildungskosten aufgrund gesetzlicher Regelungen, die aber nicht vergütet werden.

Daneben haben Dienste, aus deren Sicht die Vergütung nicht kostendeckend ist, als Grund häufig den hohen Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand genannt. Ein Teil der Dienste verwies auch auf den hohen Aufwand, der speziell mit dem Qualitätsmanagement verbunden ist. Bei der abschließenden allgemeinen Frage nach Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der ambulanten Pflege wurde von einem Teil der ambulanten Pflegedienste noch einmal auf den hohen Zeitaufwand für die Dokumentation verwiesen, der nicht gesondert von den Pflegeversicherungen vergütet wird.

Als ein weiterer Grund für die nicht kostendeckenden Vergütungssätze wird genannt, dass die Anfahrtkosten nicht hinreichend berücksichtigt werden. Dies betrifft sowohl die hohen Benzinkosten als auch den zeitlichen Aufwand, der im ländlichen Raum durch lange Anfahrtswege und in der Stadt zu Hauptverkehrszeiten durch Staus bedingt ist. Darüber hinaus wurde auf die hohen Betriebskosten, nicht zuletzt für den Fuhrpark und die Büroräume, verwiesen.

Häufig genannt wurde auch, dass Pflegebedürftige erforderliche Leistungen, die nicht durch die Pflegeversicherung abgedeckt werden, nicht aus eigenen Mitteln finanzieren können (oder wollen) und dass deshalb unbezahlte Leistungen erbracht werden, um eine ausreichende Versorgung der Pflegebedürftigen zu gewährleisten.

Eher seltene Nennungen waren

- die Zunahme alleinlebender Pflegebedürftiger
- die Konkurrenz mit anderen ambulanten Pflegediensten und insbesondere „Billiganbietern“
- ein sehr hoher Zeitaufwand in der Versorgung, weil „viele Pflegen nur noch zu uns kommen, wenn die Angehörigen nicht mehr in der Lage sind“
- Kritik an den Vergütungsverhandlungen („Vergütungsverhandlungen werden ohne betriebswirtschaftliche Grundlage geführt, wie auf dem türkischen Bazar!!“)

Darüber hinaus spiegelt sich der Fachkräftemangel in den Anmerkungen zu allgemeinen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit ambulanten Pflegeleistungen wider: Ein Teil der Dienste gab an, dass zu wenig qualifiziertes Personal verfügbar sei.

Unabhängig davon, ob die jeweilige Einrichtung die Vergütungen der ambulanten Pflegeleistungen als kostendeckend oder nicht kostendeckend einschätzt, planen 46 Prozent der Dienste, ihre Pflegekapazitäten zu erweitern. Fast alle von ihnen planen eine Erweiterung der Kapazitäten im ambulanten Pflegedienst. Ein Fünftel aller ambulanten Pflegedienste plant aber auch, die Kapazitäten im teilstationären Bereich zu erweitern und sechs Prozent planen die Erweiterung der Kurzzeitpflege. 1998 planten lediglich 34 Prozent der ambulanten Pflegedienste, ihre Pflegekapazitäten zu erweitern.

3.6. Zusammenfassung

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008

Nach Angaben der ambulanten Pflegedienste nutzt ein Prozent der betreuten Pflegebedürftigen die Möglichkeit, Leistungen gemeinsam mit anderen Pflegebedürftigen in Anspruch zu nehmen (sogenanntes „**Poolen**“ von Leistungen).

Eine von den Pflegebedürftigen gewünschte **gleichgeschlechtliche Pflege** kann zwar in der überwiegenden Zahl der Dienste weitgehend realisiert werden, doch haben auch 10 Prozent der Dienste angegeben, dass sie einen solchen Wunsch nur bei weniger als der Hälfte der Pflegeeinsätze erfüllen können.

Rund drei Viertel der ambulanten Pflegedienste bieten eine allgemeine **Anleitung und Betreuung für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz** nach § 45b SGB XI an. Bezogen auf alle Dienste entfallen fünf Prozent des Zeitaufwands auf diese Leistung.

Trotz der **Anhebung der Beträge für Sachleistungen** sind 44 Prozent der ambulanten Dienste nach wie vor der Meinung, dass die Sachleistungen unzureichend sind.

Entwicklung seit 1998

Seit 1998 ist der Anteil der ambulanten Pflegedienste in privater **Trägerschaft** stark gestiegen. Mehr als die Hälfte der Pflegedienste befinden sich mittlerweile in privater Trägerschaft. Dies gilt auch für größere Dienste mit 10 und mehr Beschäftigten, die 1998 noch überwiegend in gemeinnütziger Trägerschaft standen.

Die Vielfalt des **Leistungsangebots** in den einzelnen Diensten hat sich seit 1998 zum Teil erheblich verringert. Dies gilt auch für die größeren Dienste. Inwieweit diese Entwicklung bedingt ist durch eine Spezialisierung der Dienste und ob es dadurch insbesondere in ländlichen Gegenden zu Engpässen bei einzelnen Leistungen kommt, lässt sich anhand der Daten nicht abschließend beurteilen.

Im Vergleich zu 1998 ist der Anteil der **Pflegebedürftigen** mit Pflegestufe I an allen betreuten Pflegebedürftigen gestiegen, während die Anteile der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe II und III zurückgegangen sind.

Der Anteil der Pflegedienste, die die Vergütung der Pflegesachleistungen als nicht kostendeckend beurteilen und die **wirtschaftliche Situation** damit recht kritisch sehen, ist zwar seit 1998 um neun Prozentpunkte gesunken, doch gibt auch aktuell die Hälfte der ambulanten Pflegedienste an, dass die Vergütung nicht ihre Kosten deckt. Im Einzelnen haben viele Dienste an dieser Stelle folgende Einzelaspekte genannt:

- generell unzureichende Zeitvorgaben für eine angemessene Pflege
- die fehlende Berücksichtigung des erhöhten Betreuungsaufwands bei Demenzkranken und anderen Gruppen von Pflegebedürftigen
- Personalkosten, die durch die Vergütung der Pflegeversicherung nicht abgedeckt sind
- der hohe Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand, der nicht gesondert vergütet wird
- die Anfahrtskosten, die ebenfalls nicht gesondert erstattet werden.

Im Hinblick auf die Situation des Pflegepersonals wird häufig kritisiert, dass zu wenig Zeit für die Betreuung der Pflegebedürftigen bleibt und dass die Tätigkeit der Pflegekräfte in der Gesellschaft nicht die gebührende Anerkennung findet.

Die Fluktuation beim examinierten Pflegepersonal war 2009 nicht höher als 1997. Bezogen auf das nicht examinierte Pflegepersonal ist ein leichter Anstieg der Fluktuation zu verzeichnen. Dieser mag im Kontext des Fachkräftemangels durch eine zunehmende Nachfrage nach nicht examiniertem Pflegepersonal und einer damit einhergehenden höheren Bereitschaft der nicht examinierten Pflegekräfte zum Arbeitgeberwechsel bedingt sein.

Migrationshintergrund und Pflege

Nach Angaben der ambulanten Pflegedienste haben etwa sieben Prozent der betreuten Pflegebedürftigen einen Migrationshintergrund. Hierbei gibt jeder zweite Dienst an, gar keine Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund zu betreuen. 33 Prozent der Dienste, die Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund betreuen, können eine überwiegend muttersprachliche Pflege sicherstellen. 62 Prozent der ambulanten Dienste, die Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund betreuen, haben hingegen angegeben, dass diese Gruppe überwiegend durch Pflegekräfte betreut wird, die nicht deren Muttersprache sprechen. Da der weitaus größte Teil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund jedoch bereits seit vielen Jahren und häufig als Spätaussiedler in Deutschland lebt, kann davon ausgegangen werden, dass der größere Teil von ihnen sich hinreichend gut in Deutsch verständigen kann.

11 Prozent der Pflegekräfte haben nach Angaben der ambulanten Pflegedienste einen Migrationshintergrund. Daher stellt sich die Frage nach einer muttersprachlichen Betreuung auch für Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund. Wenngleich 95 Prozent der Dienste angegeben haben, dass diese Gruppe überwiegend durch Pflegekräfte betreut wird, deren Muttersprache Deutsch ist oder die sehr gut Deutsch sprechen, so gibt es auf der anderen Seite auch drei Prozent der ambulanten Pflegedienste, bei denen diese Gruppe überwiegend durch Pflegekräfte betreut wird, deren Muttersprache nicht Deutsch ist bzw. die nicht sehr gut Deutsch sprechen.

Fazit

Insgesamt betrachtet erscheint der Stand des inzwischen erzielten Ausbaus in der ambulanten professionellen Pflegeinfrastruktur in etwa angemessen. Es finden sich keine Befunde, die darauf hindeuten würden, dass private Pflegehaushalte die ihnen zustehenden professionellen Hilfeleistungen mangels Angebot nicht nutzen könnten. Auch die einschlägigen Expertenstandards sind bekannt und werden nach Auskunft der Leitungen der Dienste umgesetzt. Beklagt werden allerdings eine als zu gering erachtete finanzielle Vergütung sowie ein zu hoher bürokratischer Dokumentationsaufwand. Professionelle pflegerische Hilfen werden allerdings auch gegenwärtig nur von etwa 30 Prozent der Pflegebedürftigen als regelmäßige Leistung in Anspruch genommen. Die große Mehrheit der häuslich betreuten Pflegebedürftigen wird ausschließlich und dabei in der Regel von den engeren Angehörigen versorgt und betreut, auch wenn der Anteil der Pflegehaushalte, die Sachleistungen in Anspruch nehmen, im Vergleich zu 1998 um sieben Prozentpunkte gestiegen ist.

4. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen

4. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind nach § 71 Abs. 2 SGB XI selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter der Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und in denen sie entweder voll- oder teilstationär untergebracht und gepflegt werden können.

Da es in der vorliegenden Repräsentativerhebung vorrangig darum ging, Informationen über die vollstationäre Pflege zu erhalten, beschränkt sich die Erhebung auf diejenigen Pflegeeinrichtungen, die vollstationäre Pflege anbieten. Einrichtungen, die ausschließlich teilstationäre Pflege anbieten, wurden nicht einbezogen.

4.1. Strukturmerkmale

Am 15.12.2007 gab es nach der amtlichen Pflegestatistik in Deutschland 9.919 Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen hatten (Statistisches Bundesamt 2008a).

Inbetriebnahme

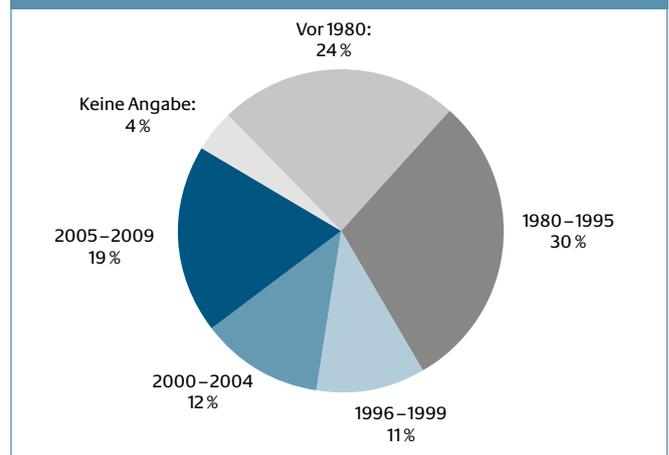
Etwas mehr als die Hälfte der vollstationären Pflegeeinrichtungen ist bereits 1995 oder früher und damit vor Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung in Betrieb gegangen.²⁸

Insbesondere die großen Einrichtungen und diejenigen in gemeinnütziger Trägerschaft können überdurchschnittlich häufig auf eine jahrzehntelange Erfahrung zurückblicken: 42 Prozent der Einrichtungen mit 100 und mehr Bewohnerinnen und Bewohnern sowie 38 Prozent der Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft sind bereits seit mehr als 30 Jahren in der vollstationären Pflege tätig.

Knapp ein Fünftel aller vollstationären Einrichtungen ist in den letzten fünf Jahren in Betrieb gegangen. Dabei waren die Anteile in den Jahren 2005 und 2007 mit jeweils sechs Prozent besonders hoch.

37 Prozent der Einrichtungen sind 1998 oder später und damit seit der letzten Repräsentativbefragung in Betrieb gegangen.

Abb. 4.1 Jahr der Inbetriebnahme der vollstationären Pflegeeinrichtung (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Der Anteil der seit 1998 gegründeten Pflegeheime ist in den neuen Bundesländern deutlich höher als in den alten Bundesländern. Gleiches gilt für Pflegeheime in privater Trägerschaft im Vergleich zu Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft. Die Zahl der Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft ist in der Stichprobe leider zu gering, als dass für diese Gruppe differenzierte Aussagen getroffen werden könnten.

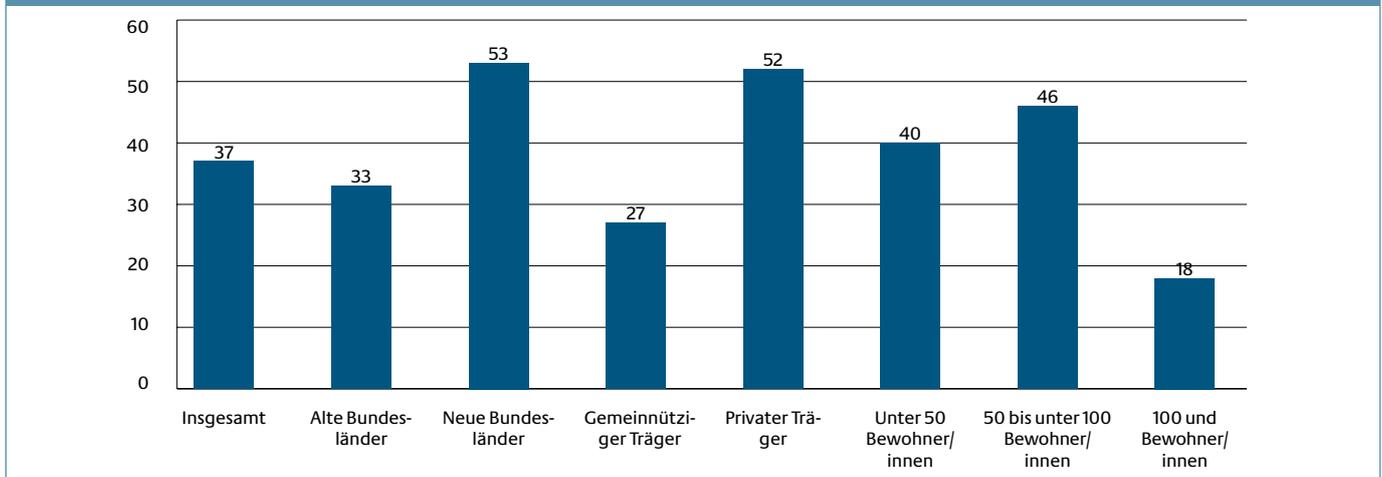
Insbesondere mittlere Einrichtungen mit 50 bis 99 Bewohnerinnen und Bewohnern, aber auch kleine Einrichtungen mit weniger als 50 Bewohnerinnen und Bewohnern wurden überdurchschnittlich häufig 1998 oder später gegründet.

Träger

Im Gegensatz zu den ambulanten Pflegediensten haben sich bei den vollstationären Pflegeheimen seit 1998 nur geringe Veränderungen in der Struktur der Trägerschaft ergeben. Der Anteil der Einrichtungen in privater Trägerschaft ist leicht gestiegen, während der Anteil der Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft um 4 Prozentpunkte zurückgegangen ist. Der Anteil der Pflegeheime in gemeinnütziger Trägerschaft ist nahezu unverändert geblieben.

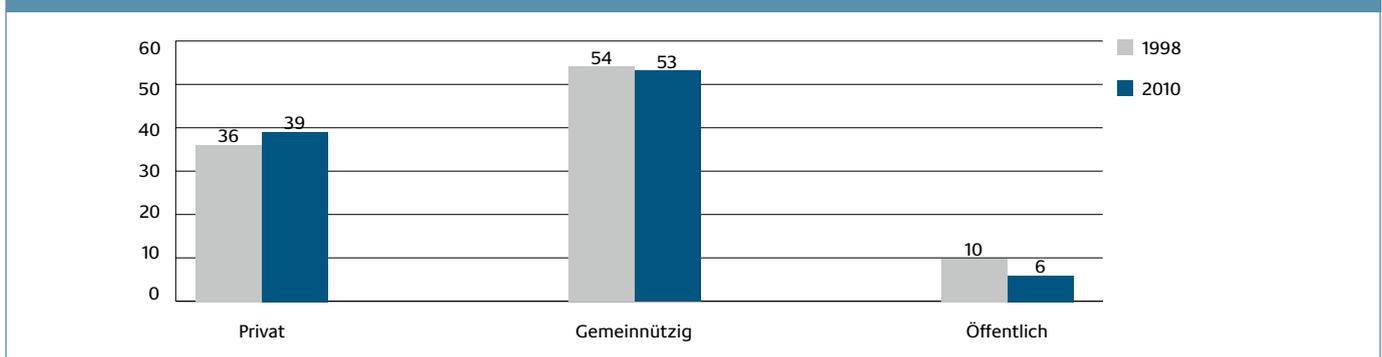
²⁸ Die stationären Leistungen wurden erst mit Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung zum 1. Juli 1996 in die Pflegeversicherung aufgenommen.

Abb. 4.2 Anteil der seit 1998 in Betrieb gegangenen vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Einrichtungsart (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 4.3 Trägerschaft der vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998 und 2010 (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Nach wie vor befindet sich die Mehrheit der vollstationären Pflegeeinrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft. Der Anteil der Pflegeheime mit öffentlichem Träger ist mit sechs Prozent sehr gering. Dies entspricht der Vorschrift des § 72 Abs. 3 SGB XI, wonach Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden sollen, sowie dem in § 11 Abs. 2 SGB XI noch einmal festgehaltenen Subsidiaritätsprinzip.

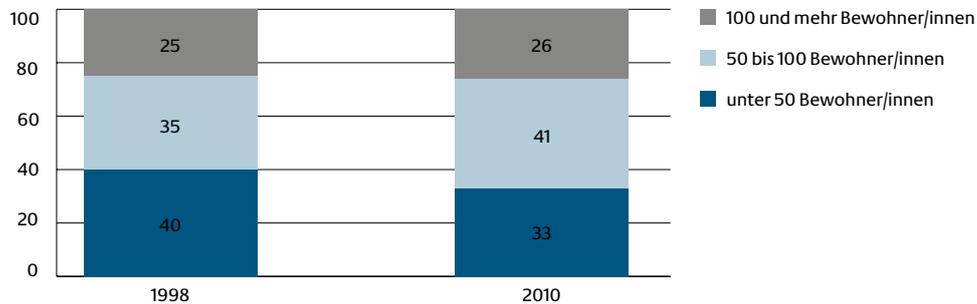
Die 1998 noch bestehenden Unterschiede in der Trägerschaft zwischen den alten und den neuen Bundesländern haben sich zum großen Teil angeglichen. Mit 34 Prozent ist der Anteil der vollstationären Einrichtungen in privater Trägerschaft in den neuen Bundesländern mittlerweile nur noch etwas niedriger als in den alten Bundesländern mit 40 Prozent.

Größe der Einrichtung

Folgt man der Differenzierung der Einrichtungen in kleine Pflegeheime (weniger als 50 Bewohnerinnen und Bewohner), mittlere Pflegeheime (50 bis unter 100 Bewohnerinnen und Bewohnern) und große Pflegeheime (100 und mehr Bewohnerinnen und Bewohnern), so zeigt sich, dass der Anteil der kleinen Einrichtungen gesunken und der Anteil der mittleren Einrichtungen gestiegen ist.

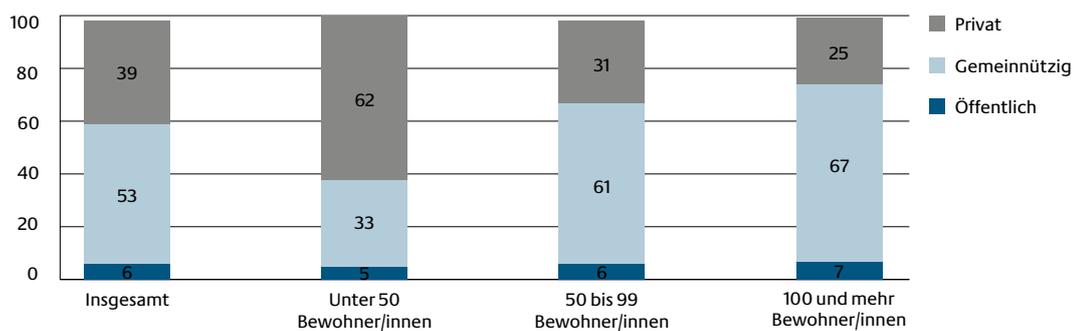
Der Anteil der ganz kleinen Einrichtungen mit weniger als 20 Bewohnerinnen und Bewohnern hat sich von 1998 bis 2010 halbiert und beträgt aktuell nur noch 6 Prozent. Auch bei den ganz großen Einrichtungen mit 150 und mehr Bewohnerinnen und Bewohnern ist ein Rückgang des Anteils von 9 auf 6 Prozent zu verzeichnen. Die durchschnittliche Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner ist hingegen konstant geblieben. Sie liegt wie bereits 1998 bei 75.

Abb. 4.4 Größe der vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998 und 2010 (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 4.5 Trägerschaft vollstationärer Pflegeeinrichtungen nach Größe (%)



Fehlend zu 100 = Keine Angabe

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Ein Blick auf die Größe der vollstationären Pflegeeinrichtungen innerhalb der einzelnen Trägergruppen zeigt, dass gut die Hälfte der Einrichtungen, die von privaten Trägern betrieben werden, weniger als 50 Bewohnerinnen und Bewohner haben.

Gemeinnützige Träger haben sich hingegen eher auf mittlere und große Einrichtungen spezialisiert. 79 Prozent der Pflegeheime in gemeinnütziger Trägerschaft haben mehr als 50 Bewohnerinnen und Bewohner, knapp ein Drittel sogar mehr als 100.

Betrachtet man die Trägerschaft der vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Einrichtungsgröße, so zeigt sich, dass sich mit 62 Prozent weit mehr als die Hälfte der kleinen Einrichtungen mit weniger als 50 Bewohnerinnen und Bewohnern in privater Trägerschaft befinden. Mittlere und große Einrichtungen werden hingegen überwiegend in gemeinnütziger Trägerschaft betrieben.

Tab. 4.1 Leistungsspektrum der vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998 und 2010 (%)

	1998	2010
Kurzzeitpflege	58	55
Tagespflege	16	12
Nachtpflege	9	2
Appartements / Seniorenwohnplätze / Betreutes Wohnen	23	17
Ambulante Pflege	17	11
Stationärer Mittagstisch	28	27
Essen auf Rädern	16	16
Altentagesstätte / Seniorinnen- und Seniorencafé	5	8
Allgemeine Beratungsstelle für Seniorinnen und Senioren	1	10

¹ Leistung wurde 1998 nicht erhoben.

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tab. 4.2 Leistungs- und Therapieangebote der vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998 und 2010 (%)

	1998	2010
Krankengymnastik oder Bewegungstherapie	74	84
Massagen, Bäder, Rotlicht oder Elektrotherapie	31	34
Kraft- und Balancetraining (Sturzprophylaxe)	¹	82
Ergotherapie	87	71
Logopädie (Stimm- und Sprechtraining, Schluckbeschwerden)	21	53
Gedächtnis-/Orientierungstraining	81	95
Verhaltenstraining	²	28
Psychotherapie	²	13
Musik- oder Tanztherapie (speziell für Demenzkranke)	¹	67
Kontinenz-/Toilettentraining	89	95
Basale Stimulation	¹	83
Validation	¹	77
Diät/Sonderkostform	91	94
Fußpflege	¹	93
Friseure	¹	93

¹ 1998 nicht erhoben; ² 1998 wurden Verhaltenstraining und Psychotherapie zusammen erhoben. 17 Prozent der vollstationären Einrichtungen hatten ein entsprechendes Angebot.

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

4.2. Leistungsangebot

4.2.1. Angebotsprofile

Das Leistungsangebot der vollstationären Einrichtungen umfasst oft nicht nur die vollstationäre Pflege und Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner, sondern darüber hinaus weitere Angebote.

Am häufigsten wird von den vollstationären Pflegeeinrichtungen Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI angeboten. Etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen halten entsprechende Plätze vor. Im Vergleich zu 1998 ist ein leichter Rückgang zu beobachten. Stärker ist der Rückgang bei den teilstationären Angeboten. Tagespflege wird nur noch von 12 Prozent, Nachtpflege von 2 Prozent der vollstationären Einrichtungen angeboten. Ein wesentlicher Grund hierfür dürfte sein, dass nur ein sehr kleiner Teil der Pflegebedürftigen teilstationäre Leistungen in Anspruch nimmt und die Nachfrage damit entsprechend gering ist.

Zurückgegangen ist auch der Anteil von vollstationären Pflegeeinrichtungen, die betreutes Wohnen anbieten. Dies mag durch eine Zunahme von Einrichtungen bedingt sein, die sich auf betreute Wohnformen spezialisiert haben und selber keine vollstationäre Pflege anbieten.

Ebenfalls um 6 Prozentpunkte zurückgegangen ist der Anteil der Einrichtungen, die ambulante Pflege anbieten. Ein Grund hierfür könnte sein, dass Träger die ambulante Pflege zum Teil ausgegliedert haben und von der vollstationären Einrichtung unabhängige ambulante Pflegedienste betreiben. Die Anteile der Einrichtungen, die einen stationären Mittagstisch oder Essen auf Rädern anbieten, sind im Zeitablauf konstant geblieben. Der Anteil der Einrichtungen mit Altentagesstätte ist seit 1998 von 5 auf 8 Prozent gestiegen und jede zehnte vollstationäre Pflegeeinrichtung hat eine allgemeine Beratungsstelle. Damit zeichnet sich eine zunehmende Öffnung der vollstationären Pflegeeinrichtungen für Seniorinnen und Senioren ab, die (noch) in ihrer eigenen Wohnung leben. Insgesamt kann man festhalten, dass Angebote außerhalb der Pflege und Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner mit Ausnahme der Kurzzeitpflege nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Eine Möglichkeit, sich im Rahmen der vollstationären Pflege von anderen Einrichtungen zu unterscheiden, besteht für die Einrichtungen in der spezifischen Struktur des vorgehaltenen Leistungs- und Therapieangebots. Tabelle 4.2 zeigt für eine Reihe ausgewählter Leistungen, wie hoch jeweils der Anteil der vollstationären Pflegeeinrichtungen ist, die die Leistungen anbieten. Für Leistungsarten, die bereits 1998 erfasst wurden, sind die entsprechenden Anteile ebenfalls ausgewiesen.

Betrachtet man zunächst die Leistungen und Therapien, deren Angebot bereits 1998 erfasst wurde, so zeigt sich, dass der Anteil der Einrichtungen, die die jeweiligen Leistungen anbieten, im Zeitablauf gestiegen ist. Dies betrifft insbesondere Einrichtungen mit einem Angebot im Bereich der Logopädie. Hier hat sich der Anteil seit 1998 mehr als verdoppelt. Grund hierfür könnte sein, dass Schluckbeschwerden zunehmend durch Logopäden behandelt werden. Hohe Zuwachsraten sind auch beim Gedächtnis- und Orientierungstraining und bei der Krankengymnastik und Bewegungstherapie zu verzeichnen. Rückläufig war lediglich der Anteil der Einrichtungen, die Ergotherapie anbieten. Damit finden Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen im Vergleich zu 1998 insgesamt ein umfassenderes Leistungs- und Therapieangebot vor. Dies weist darauf hin, dass Prävention und Rehabilitation in den vollstationären Pflegeeinrichtungen eine wichtige Rolle spielen.

Im Einzelnen lässt sich folgendes feststellen:

- Gedächtnis- und Orientierungstraining, Kontinenz- bzw. Toilettentraining sowie Diät und Sonderkostformen werden mittlerweile von fast allen Einrichtungen angeboten, Krankengymnastik oder Bewegungstherapie, Sturzprophylaxe, basale Stimulation sowie Validation bieten jeweils mindestens drei Viertel der Pflegeheime an.
- Musik- und Tanztherapie, insbesondere für Demenzerkrankte, wird immerhin von 67 Prozent der Einrichtungen angeboten, ein für diese vergleichsweise junge Therapierichtung recht hoher Anteil.
- Etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen bietet Stimm- und Sprechtraining an.
- Massagen, Bäder, Rotlicht oder Elektrotherapie werden von gut einem Drittel der Einrichtungen angeboten.
- Verhaltenstraining und Psychotherapie gehören in 28 bzw. 13 Prozent der Pflegeheime zum Leistungsangebot.
- Fußpflege und Friseur im Haus zählen mittlerweile bei den meisten Einrichtungen zum Standardangebot.

Soziale Aktivitäten und Betreuung

Wichtig für das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen sind nicht nur die therapeutischen Angebote, sondern auch die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung und die darüber hinausgehende soziale Betreuung. Dies gilt umso mehr für diejenigen, die selber nicht mehr mobil sind oder die keine Kontakte zu Angehörigen oder Freunden außerhalb des Pflegeheims haben. Tabelle 4.3 nennt für eine Reihe von Angeboten die Anteile der Einrichtungen, die die jeweilige Leistung anbieten. Sofern das Angebot bereits 1998 erfasst wurde, sind auch die Vergleichszahlen ausgewiesen.

Im Vergleich zu 1998 zeigt sich, dass die damals bereits erfassten Angebote heute von einem noch größeren Anteil der vollstationären Pflegeeinrichtungen angeboten werden oder – im Fall der Begleitung bei Behördengängen – der Anteil zumindest auf dem Niveau von 1998 liegt. Mit 14 Prozentpunkten besonders stark gestiegen ist der Anteil der Einrichtungen, die Gymnastik bzw. Alterssport anbieten.

Zu den Leistungen im Einzelnen:

- Gemeinsame Aktivitäten im Haus, Gymnastik bzw. Alterssport, Hilfe bei der Alltagsgestaltung und Sterbebegleitung gehören heute zum Standardangebot und sind in fast allen Pflegeheimen etabliert.
- Auch seelsorgerische Betreuung, gemeinsame Aktivitäten außer Haus und kulturelle Veranstaltungen werden von weit über 80 Prozent der Einrichtungen angeboten.
- Begleitung bei Behördengängen und bei privaten Aktivitäten sowie eine Bibliothek werden immerhin noch von mehr als der Hälfte der Einrichtungen angeboten.
- Geschlechtsspezifische Aktivitäten zählen nur in 42 Prozent der Einrichtungen zum Angebot.
- Gut zwei Drittel der Einrichtungen bieten gesonderte Tagesgruppen mit spezieller Tagesbetreuung für Demenzkranke an, 28 Prozent ein „Nachtcafé“ oder ähnliches.
- Spezielle Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund sind eher selten. Nur 6 Prozent der Einrichtungen haben spezielle Beschäftigungs- und Betreuungsangebote für diesen Personenkreis und lediglich 12 Prozent der Einrichtungen haben religiöse Angebote für Menschen muslimischen Glaubens.

Im Durchschnitt steht 15 Prozent der Arbeitszeit des Pflegepersonals für die soziale Betreuung zur Verfügung. 1998 waren es erst 10 Prozent. Damit hat sich insgesamt auch die soziale Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner in den vollstationären Pflegeeinrichtungen seit 1998 verbessert.

Tab. 4.3 Soziale Aktivitäten und Betreuungsangebote in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998 und 2010 (%)

	1998	2010
Gemeinsame Aktivitäten im Haus (Gesprächskreise, Basteln etc.)	96	99
Gemeinsame Aktivitäten außer Haus	82	88
Gymnastik / Alterssport	84	98
Filmvorführungen / Veranstaltungen / Kultur im Haus	82	89
Eine Bibliothek	¹	64
Hilfe bei der Alltagsgestaltung (Vorlesen, kleinere Besorgungen etc.)	92	97
Begleitung bei Behördengängen	64	64
Begleitung bei privaten Aktivitäten	50	57
Gesonderte Tagesgruppe mit spezieller Tagesbetreuung für Demenzkranke	¹	68
„Nachtcafé“ oder ähnliches für Demenzkranke	¹	28
Gesonderte Angebote speziell für männliche oder weibliche Bewohner (Männerabende, Damentreffs, Kaffeeklatsch ...)	¹	42
Gesonderte Beschäftigungs- und Betreuungsangebote speziell für ausländische Bewohner/innen und Migrant/innen	¹	6
Religiöse Angebote für Menschen muslimischen Glaubens	¹	12
Seelsorgerische Betreuung	¹	91
Sterbebegleitung	88	95

¹1998 nicht erhoben

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

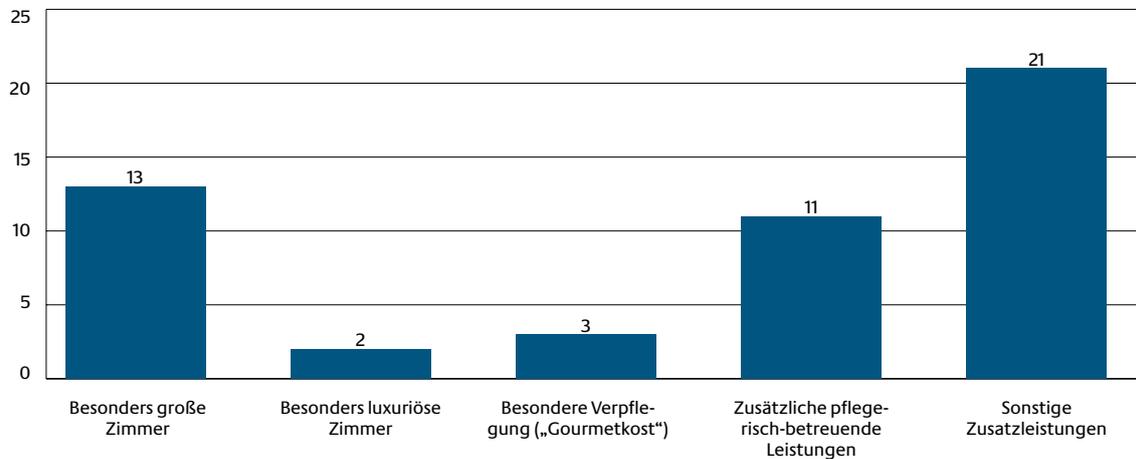
Zusatzleistungen

Eine weitere Möglichkeit für vollstationäre Einrichtungen, sich von anderen Einrichtungen abzuheben, besteht darin, gesondert berechnungsfähige Zusatzleistungen wie z. B. besonders große Zimmer oder eine besondere Verpflegung anzubieten. Hiervon machen jedoch nur die wenigsten Einrichtungen Gebrauch (vgl. Abb. 4.6).

4.2.2. Ärztliche Versorgung

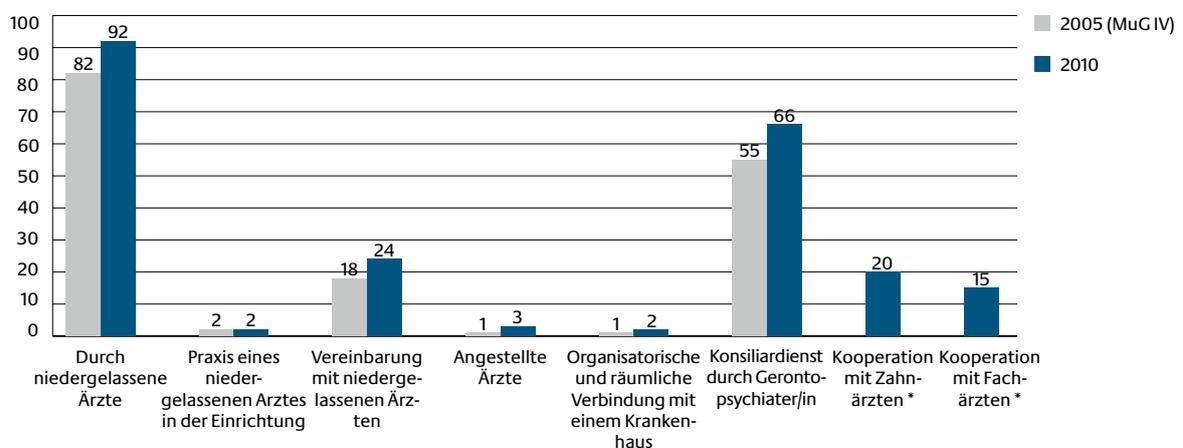
Zu einer angemessenen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner der vollstationären Pflegeeinrichtungen zählt auch die Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Nach § 12, Abs. 2 SGB XI sollen die Pflegekassen zur Sicherstellung der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen darauf hinwirken, dass die vollstationären Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit

Abb. 4.6 Angebot von gesondert berechnungsfähigen Zusatzleistungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen (% , Mehrfachnennungen)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 4.7 Organisation der ärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2005 und 2010 (Mehrfachnennungen, %)



* 2005 nicht erhoben

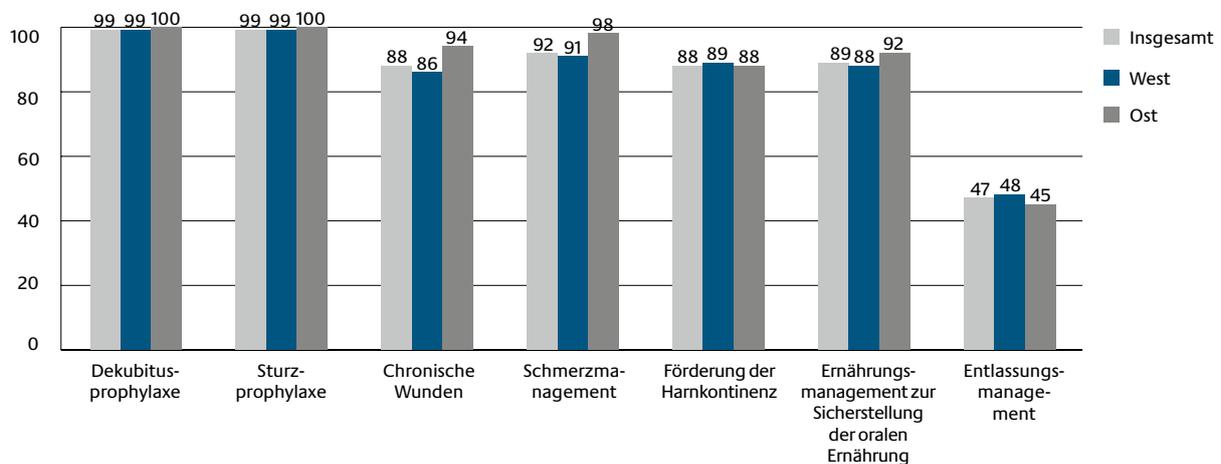
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

niedergelassenen Ärzten eingehen oder – wenn auf diesem Wege die ärztliche Versorgung nicht sichergestellt werden kann – ein Arzt in der Pflegeeinrichtung angestellt wird (§ 119b SGB V). In der Praxis erfolgt die ärztliche Versorgung in 92 Prozent der Einrichtungen durch niedergelassene Ärzte. Nur der kleinere Teil der Einrichtungen, knapp ein Viertel, hat zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung mit niedergelassenen Ärzten eine feste Vereinbarung getroffen. Im Vergleich zu 2005 (MuG IV) ist dieser Anteil um sechs Prozentpunkte gestiegen. 20 bzw. 15 Prozent der Einrichtungen haben Kooperationsverträge mit Zahnärzten und Fachärzten geschlossen. Angestellte Ärzte, die Praxis eines niedergelassenen Arztes in

der Einrichtung oder ein organisatorisch und räumlich mit der Einrichtung verbundenes Krankenhaus sichern wie bereits 2005 die ärztliche Versorgung nur in Ausnahmefällen.

In der Mehrheit der Einrichtungen (66 Prozent) gibt es eine regelmäßige Beratung oder einen regelmäßigen Konsiliardienst durch eine Gerontopsychiaterin oder einen Gerontopsychiater bzw. eine Ärztin oder einen Arzt mit gerontopsychiatrischer Erfahrung. Auch hier ist im Vergleich zu 2005 ein Anstieg zu verzeichnen. Damals haben erst 55 Prozent der Einrichtungen einen gerontopsychiatrischen Konsiliardienst genutzt.

Abb. 4.8 Anwendung von Expertenstandards in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach alten und neuen Bundesländern (Mehrfachnennungen, %)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

4.2.3. Expertenstandards

Nach § 72, Abs. 3 SGB XI dürfen Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die sich verpflichten, die Expertenstandards nach § 113a SGB XI anzuwenden. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat hierzu eine Reihe von Expertenstandards entwickelt, die die Qualität in der Pflege fördern sollen. Die Daten der Repräsentativerhebung zeigen, dass diese Standards auch bei der Mehrheit der vollstationären Pflegeeinrichtungen ganz überwiegend implementiert sind.

So werden die Expertenstandards für Sturz- und Dekubitusprophylaxe von nahezu allen Einrichtungen angewendet, und auch die Standards zum Schmerzmanagement, zum Ernährungsmanagement zur Sicherstellung der Förderung der oralen Ernährung, zur Pflege von Menschen mit chronischen Wunden und zur Förderung der Harnkontinenz werden jeweils von 88 bis 92 Prozent der Einrichtungen genutzt.

Lediglich der Expertenstandard für ein Entlassungsmanagement in der Pflege wird nur von knapp der Hälfte der Einrichtungen angewendet. Dieser Expertenstandard richtet sich allerdings vorrangig an Krankenhäuser und ist in Pflegeheimen nur im Falle einer Verlegung in ein anderes Pflegeheim oder bei der Entlassung der Pflegebedürftigen nach Hause relevant.

²⁹Nur in Einzelfällen konnten nicht alle vorgesehenen personenbezogenen Interviews durchgeführt werden.

Die Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern einschließlich Berlin sind nicht ganz so groß wie bei den ambulanten Pflegediensten, doch auch in den vollstationären Pflegeeinrichtungen in den neuen Bundesländern wird bei einigen Expertenstandards häufiger als in den alten Bundesländern auf die Verwendung verwiesen. Dies gilt insbesondere für die Expertenstandards zur Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (Dekubitus) und zum Schmerzmanagement in der Pflege. Auch an dieser Stelle ist nicht auszuschließen, dass die Befunde eher auf ein unterschiedliches Antwortverhalten hinweisen und weniger mit unterschiedlichen Pflegequalitäten zusammenhängen.

4.3. Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen

Neben der einrichtungsbezogenen Befragung der Heimleitungen wurden in jeder der zufällig ausgewählten vollstationären Pflegeeinrichtungen sechs bewohnerbezogene Interviews durchgeführt.²⁹ In der Regel wurden die (Haupt-)Pflegekräfte der zufällig ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohner befragt. Die in diesem Abschnitt dargestellten Ergebnisse basieren ganz überwiegend auf den Ergebnissen dieser bewohnerbezogenen Repräsentativerhebung. Sofern Daten aus der einrichtungsbezogenen Befragung der Heimleitungen einbezogen werden, wird hierauf ausdrücklich hingewiesen.

4.3.1. Persönliche Merkmale

Wie bereits 1999 ist auch 2010 der Anteil der Frauen in den Pflegeheimen erheblich höher als der Anteil der Männer. Im Vergleich zu 1999 ist ein leichter Anstieg des Anteils der männlichen Bewohner um 3 Prozentpunkte zu verzeichnen, so dass sie mittlerweile knapp ein Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner stellen.

Zieht man an dieser Stelle die Daten aus der einrichtungsbezogenen Befragung der Heimleitungen hinzu, so zeigt sich, dass lediglich in fünf Prozent der Einrichtungen mehr Männer als Frauen leben. In 47 Prozent der Einrichtungen beträgt der Anteil der Frauen mindestens 80 Prozent, in sieben Prozent der Einrichtungen sind es 90 Prozent und mehr und in zwei Prozent der Einrichtungen leben ausschließlich Frauen.

Ein Grund für den geringen Anteil der männlichen Bewohner ist die im Durchschnitt höhere Lebenserwartung der Frauen. Darüber hinaus sind hochaltrige Männer seltener pflegebedürftig als Frauen derselben Altersgruppen. Besonders groß ist der Unterschied in der Gruppe der 90-Jährigen und Älteren. Hier sind „nur“ 39 Prozent der Männer, aber 69 Prozent der Frauen pflegebedürftig (Amtliche Pflegestatistik 2007).

Die Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflegeheimen sind im Schnitt 82 Jahre alt. Frauen sind im Durchschnitt 84 Jahre alt und damit erheblich älter als Männer, bei denen das Durchschnittsalter „nur“ 76 Jahre beträgt. Die Altersstruktur hat sich im Vergleich zu 1999 bemerkenswerterweise kaum geändert. In der Querschnittsbetrachtung finden sich von daher keine Hinweise auf demografische Veränderungen bei den Heimübergangsprozessen. Ein leichter Anstieg ist für die Gruppe der 90-Jährigen und Älteren zu verzeichnen. 23 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner zählen mittlerweile zu dieser Altersgruppe.

Die Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner – insgesamt zwei Drittel – sind verwitwet. 12 Prozent sind verheiratet, sieben Prozent geschieden und 14 Prozent sind ledig. 70 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner haben Kinder.

93 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner sind in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert und 6 Prozent in der privaten Pflegeversicherung. Für ein Prozent fehlt diese Angabe. Wie auch bei den Pflegebedürftigen in Privathaushalten ist der Anteil derjenigen, die eine pri-

Tab. 4.4 Strukturmerkmale der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen 1999 und 2010 (%)

	1999	2010
Geschlecht		
Männlich	21	24
Weiblich	79	76
Altersgruppen		
unter 60 Jahre	6	5
60 bis unter 75 Jahre	16	14
75 bis unter 90 Jahre	58	57
90 Jahre und älter	20	23
Durchschnittsalter	81	82
Fehlend zu 100 = Keine Angabe		

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

vate Pflegezusatzversicherung abgeschlossen haben, mit zwei Prozent sehr niedrig.³⁰ Der geringe Anteil könnte mit dem überdurchschnittlich hohen Alter der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen zusammenhängen.

Da das Thema „Migration und Pflege“ zunehmend an Bedeutung gewinnt, wurde im Rahmen der bewohnerbezogenen Befragung auch erfasst, ob die ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohner einen Migrationshintergrund haben. Hierzu zählen Personen, die eine ausländische Staatsangehörigkeit haben, die selber nicht in Deutschland geboren sind oder die mindestens einen Elternteil haben, der nicht in Deutschland geboren ist. Neun Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner haben nach dieser Definition einen Migrationshintergrund.³¹ Zum Vergleich: Laut Mikrozensus 2009 haben 8,6 Prozent der Bevölkerung in Privathaushalten im Alter ab 65 Jahren sowie 7,3 Prozent der entsprechenden Bevölkerung ab 75 Jahren einen Migrationshintergrund.

³⁰ Für 7 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner fehlt diese Angabe.

³¹ Bewohnerinnen und Bewohner, bei denen die Auskunft gebende Pflegekraft zwar wusste, dass die Person selber in Deutschland geboren ist und die deutsche Staatsangehörigkeit hat, aber keine Aussage zum Geburtsland der Eltern machen konnte, wurden zu denjenigen ohne Migrationshintergrund gezählt. Dies betrifft 36 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner, die die deutsche Staatsangehörigkeit haben und in Deutschland geboren sind. Möglicherweise wird der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund hierdurch leicht unterschätzt.

Tab. 4.5 Durchschnittliche Verweildauer in vollstationären Pflegeeinrichtungen (%)

	Insgesamt	Männer	Frauen
Verweildauer			
Unter 3 Monate	19	21	18
3 bis unter 6 Monate	11	12	10
6 bis unter 12 Monate	13	16	12
12 bis unter 24 Monate	14	14	15
24 bis unter 36 Monate	12	10	12
36 bis unter 48 Monate	9	9	9
48 bis unter 60 Monate	6	6	6
60 bis unter 120 Monate	12	8	13
120 Monate und mehr	4	3	4
Durchschnitt in Monaten	31	26	33
Gründe für den Wechsel			
Verstorben	81	81	81
Umzug in ein anderes Heim	6	8	6
Umzug in Privathaushalt	10	9	10
Fehlend zu 100 = Keine Angabe			

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

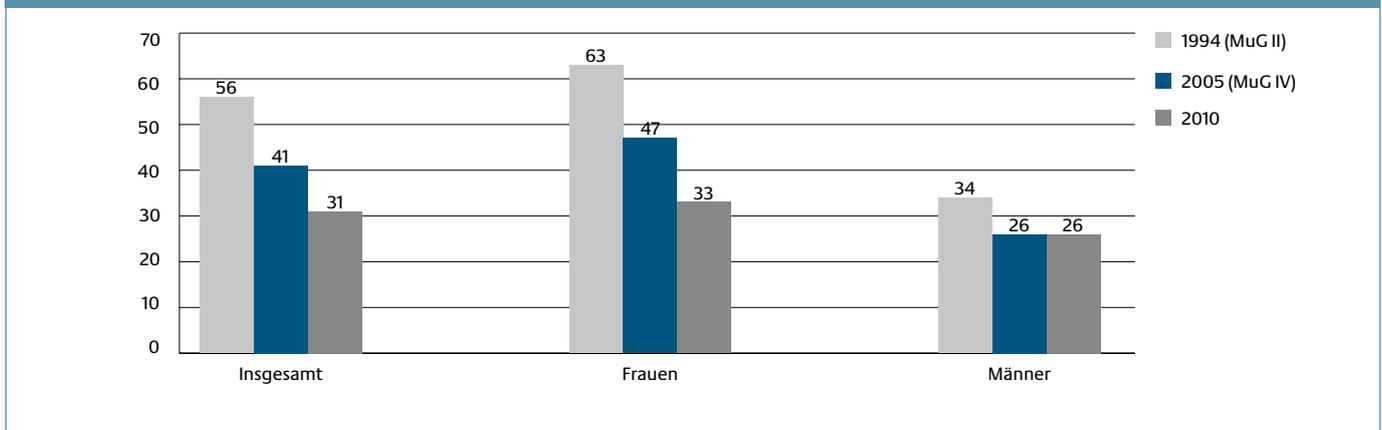
Dauer des Aufenthaltes und durchschnittliche Verweildauer

Im Durchschnitt leben die Bewohnerinnen und Bewohner seit 47 Monaten in der Einrichtung. Damit ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer seit 1999 um fünf Monate zurückgegangen. Während 1999 noch 30 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner seit mindestens fünf Jahren in der Einrichtung lebten, trifft dies 2010 nur noch auf 24 Prozent zu. Diese im Querschnitt erhobenen Daten dürfen aber nicht mit der tatsächlichen Verweildauer vom Einzug bis zum Auszug bzw. Ableben der Bewohnerinnen und Bewohner verwechselt werden. Aufgrund der extrem unterschiedlichen Verweildauern, die die Bewohnerinnen und Bewohner aufweisen, lässt eine Querschnittserhebung zu einem bestimmten Stichtag keinen Rückschluss auf die tatsächliche zeitliche Belegungsstruktur über einen längeren Zeitraum zu. Tatsächlich würde bei einer Interpretation der Querschnittsdauer als Verweildauer der Anteil derjenigen, die nur sehr kurz, z. B. im Laufe eines Jahres, in der Einrichtung leben und deren Plätze im Zeitverlauf viel häufiger neu belegt werden, deutlich unterschätzt. Für eine genauere Einschätzung der Verweildauer wurde deshalb bei der einrichtungsbezogenen Befragung der Heimleitung jeweils für die fünf Bewohnerinnen und Bewohner, die das Heim zuletzt verlassen haben, die Verweildauer erhoben.

Für diese Gruppe ergibt sich mit 31 Monaten erwartungsgemäß eine sehr viel niedrigere durchschnittliche Verweildauer als im Rahmen der bewohnerbezogenen Erhebung. Frauen leben im Durchschnitt 33 Monate in der Einrichtung, Männer hingegen nur 26 Monate. Grund für diese geschlechtsspezifischen Unterschiede ist die höhere Lebenserwartung der Frauen. 30 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner verlassen die Einrichtung bereits innerhalb der ersten sechs Monate, weitere 13 Prozent danach innerhalb der nächsten 6 Monate, so dass demnach 43 Prozent vor Ablauf eines Jahres die Einrichtung wieder verlassen. Weitere 14 Prozent verbringen 1 bis unter 2 Jahre im Heim und 27 Prozent 2 bis unter 5 Jahre. 16 Prozent leben dort 5 Jahre oder länger.

Neben der Verweildauer wurde auch der Grund für das Verlassen des Heimes erhoben. 81 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner sind verstorben, sechs Prozent sind in ein anderes Heim gezogen und ein mit 10 Prozent unerwartet hoher Anteil ist wieder nach Hause bzw. zu Verwandten oder Bekannten gezogen. Besonders häufig trifft dies natürlich auf Bewohnerinnen und Bewohner mit Pflegestufe 0 oder 1 zu bzw. auf diejenigen, die ausschließlich in der Einrichtung gewohnt haben. Eine Heimunterbringung muss demnach nicht notwendigerweise eine „Einbahnstraße“ sein. Zumindest ein kleinerer Teil

Abb. 4.9 Durchschnittliche Verweildauer in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1994, 2005 und 2010 nach Geschlecht (in Monaten)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

verlässt bei geringerem Pflegebedarf die Einrichtung auch wieder in einen privaten Haushalt. Dieser Teil der Pflegebedürftigen weist mit fünf Monaten eine besonders niedrige durchschnittliche Verweildauer auf. Drei Viertel von ihnen haben maximal drei Monate in der Einrichtung gelebt.

Vergleicht man die aktuelle durchschnittliche Verweildauer von 31 Monaten mit den Erhebungen im Rahmen von MuG II und MuG IV, so zeigt sich, dass die durchschnittliche Verweildauer im Zeitablauf gesunken ist. 1994 betrug sie noch 56 Monate und 2005 immerhin noch 41 Monate. Dabei ist es der Rückgang der Verweildauer bei den Frauen, der den weitaus größten Teil zu dieser Entwicklung beiträgt. Während sich ihre Verweildauer seit 1994 nahezu halbiert hat, ist die durchschnittliche Verweildauer bei den Männern von 1994 auf 2005 lediglich von 34 auf 26 Monate gesunken und seitdem konstant geblieben.

Heimübertritt

Die Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner hat vor dem Umzug in das Pflegeheim alleine zu Hause gewohnt. Der Anteil von 60 Prozent liegt weit über dem durchschnittlichen Anteil von etwa 45 Prozent der Seniorinnen und Senioren ab 75 Jahren, die allein in einem Ein-Personen-Haushalt leben, und ist seit 2005 konstant geblieben. Pflegebedürftige der Pflegestufe I kommen zu 70 Prozent am häufigsten aus einem Ein-Personen-Haushalt. Bei Pflegebedürftigen der Stufen II und III ist der Anteil etwas geringer ausgeprägt, jedoch ebenfalls noch weit über dem Durchschnitt bei den Seniorinnen und Senioren insgesamt.

Interpretiert man diese Befunde zur Herkunft im Verlauf, so wird deutlich, dass Alleinleben im Alter im Falle einer auftretenden Pflegebedürftigkeit einen erheblichen Risikofaktor für einen Heimübergang darstellt.

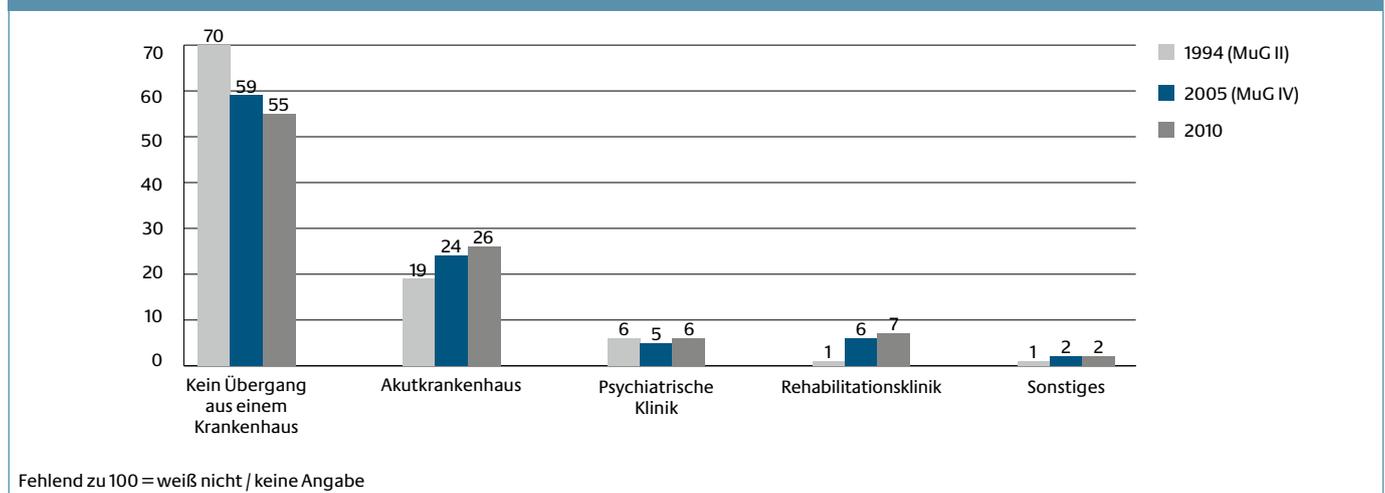
Tab. 4.6 Wohnort vor Aufnahme in die vollstationäre Pflegeeinrichtung nach Pflegestufe (%)

	Bewohner / -innen insgesamt	darunter: Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Im Privathaushalt, allein	60	70	56	49
Im Privathaushalt, mehrere Personen	26	19	30	33
In einer Wohn- bzw. Pflegeeinrichtung	7	5	5	13
In einer Einrichtung der Behindertenhilfe	1	1	1	0
Sonstiges	3	3	3	1

Fehlend zu 100 = weiß nicht / keine Angabe

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 4.10 Übergang aus einem Krankenhaus in die vollstationäre Pflegeeinrichtung 1994, 2005 und 2010 (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Pflegebedürftige der Pflegestufe III sind zudem besonders häufig aus einer anderen Wohn- oder Pflegeeinrichtung in die Einrichtung gekommen. Hierbei dürfte es sich zum Teil um einen Wechsel in ein Heim handeln, das sich auf die Betreuung von Schwerstpflegebedürftigen spezialisiert hat.

Gut ein Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner ist direkt aus einem Akutkrankenhaus in das Heim gekommen. Weitere 15 Prozent kamen aus Fachkliniken bzw. Übergangseinrichtungen in das Heim. Die Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner ist aber ohne unmittelbar vorangegangenen Krankenhausaufenthalt in das Pflegeheim gezogen. Nennenswerte Unterschiede zwischen den einzelnen Pflegestufen bestehen nicht.

Im Vergleich zu den Ergebnissen von MuG II und MuG IV hat sich der Anteil derjenigen, die aus einem Akutkrankenhaus in ein Pflegeheim gewechselt sind, von 19 Prozent (MuG II: 1994) auf 24 Prozent (MuG IV: 2005) sowie aktuell 25 Prozent erhöht. Angestiegen ist auch der Anteil derjenigen, die aus Reha-Kliniken direkt in ein Heim wechseln (MuG II: 1 Prozent, MuG IV: 6 Prozent, aktuell 2010: 6 Prozent), während der Anteil derjenigen, die aus einer psychiatrischen Kliniken gewechselt sind, im Vergleich in etwa konstant geblieben ist (6 Prozentpunkte). Während 1994 noch 70 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner nicht direkt aus einem Krankenhaus in die Einrichtung gekommen sind, waren es 2005 nur noch 59 Prozent und bis 2010 ist der Anteil noch einmal um weitere vier Prozentpunkte auf 55 Prozent gesunken. Dieser Effekt dürfte vor allen Dingen mit der systematischen Verkürzung der

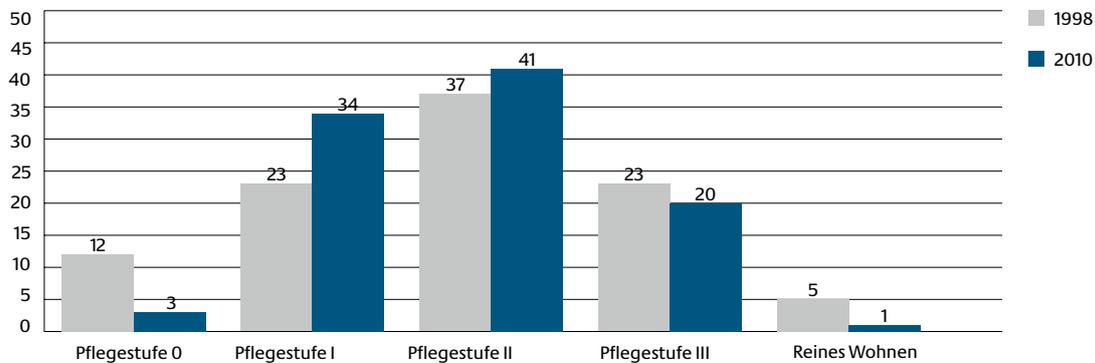
Aufenthaltsdauer in einem Krankenhaus sowie der Verringerung von Fehlbelegungen insbesondere in psychiatrischen Kliniken und Übergangseinrichtungen zusammenhängen.

Pflegebedarf

Der überwiegende Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner ist den Pflegestufen I und II zugeordnet. Ein Fünftel der Bewohnerinnen und Bewohner gehört zur Pflegestufe III und drei Prozent zur sogenannten Pflegestufe 0. Personen mit dieser Pflegestufe haben einen Betreuungsbedarf, der unterhalb der im SGB XI definierten Schwelle des erheblichen Pflegebedarfs liegt. Da bei diesen Personen trotzdem mehr oder weniger regelmäßig pflegerische Hilfeleistungen bzw. Maßnahmen der sozialen Betreuung anfallen, wird auch hier eine Pflegeklasse, die sogenannte Vergütungskategorie 0, als Entgelt berechnet. Personen, die nur in der Einrichtung wohnen, aber keinen Pflegebedarf haben, sind mit einem Anteil von einem Prozent eher die Ausnahme.

Im Vergleich zu 1998 ist ein Rückgang des Anteils der Bewohnerinnen und Bewohner mit Pflegestufe 0 um neun Prozentpunkte und ein Rückgang derjenigen, die ausschließlich in der Einrichtung wohnen, um vier Prozentpunkte zu verzeichnen. Gleichzeitig ist der Anteil derjenigen mit Pflegestufe I und in geringerem Umfang auch mit Pflegestufe II gestiegen. Ein leichter Rückgang ist bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Pflegestufe III zu verzeichnen. Insgesamt sind damit nur vier Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner der vollstationären Pflegeeinrichtungen nicht pflegebedürftig im Sinne der §§ 14

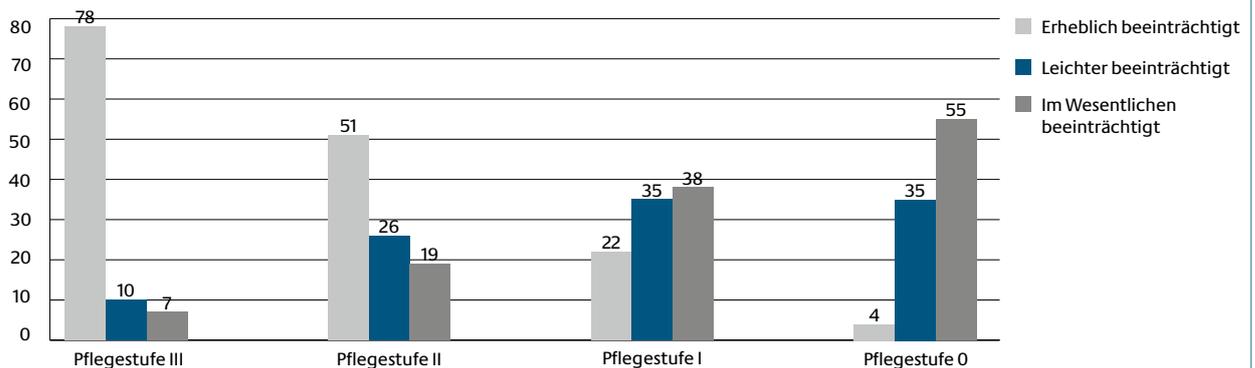
Abb. 4.11 Pflegestufen der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998 und 2010 (%)



Fehlend zu 100 = „Über die Pflegestufe wurde noch nicht entschieden“

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 4.12 Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen mit psychischen Beeinträchtigungen nach Pflegestufe (%)



Fehlend zu 100 = Keine Angabe

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

und 15 SGB XI. Grund hierfür ist, dass sonstige Wohnformen wie betreutes Wohnen, Wohnen mit Service und Wohngemeinschaften für ältere Menschen nach den Ergebnissen von MuG IV zunehmend in einem eigenen und dem ambulanten Sektor zuzuordnenden Segment angeboten werden.

Psychische Störungen

Von den Bewohnerinnen und Bewohnern mit den Pflegestufen 0 bis III sind nach Auskunft und Einschätzung des Pflegepersonals 45 Prozent in einem so erheblichen Ausmaß psychisch beeinträchtigt, dass sie regelmäßige Anleitung oder Beaufsichtigung bei alltäglichen Verrichtungen, wie z. B. beim sich Waschen oder beim Toiletten-gang benötigen. Weitere 26 Prozent sind leicht verwirrt

oder im Verhalten auffällig, und lediglich 24 Prozent sind im Wesentlichen unbeeinträchtigt. Fünf Prozent der Auskunft gebenden Pflegekräfte haben an dieser Stelle keine Angabe gemacht.³²

Der Grad der psychischen Beeinträchtigung steigt mit zunehmender Pflegestufe. So wurden von den Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III nur noch sieben Prozent als „im Wesentlichen unbeeinträchtigt“ eingestuft.

³² Hierbei handelt es sich um Einschätzungen der Pflegekräfte. Die gestufte Abfrage deckt sich in diesem Fall nicht vollständig mit den Begutachtungsergebnissen des MDK zu vorhandenen erheblichen Einschränkungen der Alltagskompetenz.

Psychische Beeinträchtigungen, wie sie mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen einhergehen, führen oft dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz. Neben einem Hilfebedarf bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung besteht in diesen Fällen häufig ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Dem trägt das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 nicht nur in der häuslichen Pflege, sondern auch in der vollstationären Betreuung Rechnung. So erhalten Pflegeheime, die für die Betreuung und Aktivierung von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf zusätzliches sozialversicherungspflichtiges Betreuungspersonal einstellen, Zuschläge zur Pflegevergütung, sofern im Einzelnen die Voraussetzung des § 87b SGB XI erfüllt sind.

Bei 42 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner hat der MDK eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz anerkannt.³³ Nach Angaben der Pflegekräfte profitieren jedoch auch weitere Personen von der Betreuung durch zusätzliche Betreuungskräfte. So wird die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner mit Pflegestufe 0 bis III durch solch eine zusätzliche Betreuungskraft unterstützt (51 Prozent). Der Anteil steigt mit der Pflegestufe. Bewohner mit Stufe I erhalten zu 34 Prozent Unterstützung durch zusätzliche Betreuungskräfte, Bewohner mit Stufe II zu 54 Prozent und Bewohner mit Stufe III zu 71 Prozent. Die Anteilswerte deuten darauf hin, dass die Einrichtungen die neuen Möglichkeiten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes an dieser Stelle bereits weitgehend nutzen.

³³Lt. Begutachtungen der MDKs weisen bezogen auf das Jahr 2009 etwa 49 Prozent der Erst-Antragsteller im stationären Bereich, für die eine Pflege-stufenempfehlung ausgesprochen wurde (Stufe I bis III), eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz auf. Dies trifft auf 42 Prozent der Pflegebedürftigen mit empfohlener Pflegestufe I, auf 59 Prozent mit Pflegestufe II und 71 Prozent mit Pflegestufe III zu. In der sogenannten Pflegestufe 0 (lt. Begutachtung mit Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I) beträgt der Anteil 24 Prozent (MDS 2010). Methodisch muss auch an dieser Stelle angemerkt werden, dass sich die MDS-Statistik auf die Erst-Antragsteller im Jahr 2009 bezieht, während die Repräsentativerhebung Daten für alle Bewohnerinnen und Bewohner zum Erhebungszeitpunkt 2010 liefert. Von daher könnten die Abweichungen in den ermittelten Anteilen von Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz an dieser Stelle auch methodisch bedingt sein und sollten nicht überbewertet werden.

4.3.2. Wohnsituation

Ein Aufenthalt in einer vollstationären Pflegeeinrichtung bedeutet für die Bewohnerinnen und Bewohner, dass sie im Gegensatz zu einem zeitlich befristeten Krankenhausaufenthalt hier in der Regel den letzten Teil ihres Lebensabends verbringen. Neben der Pflege kommt damit auch den sozialen und wohnlichen Faktoren eine große Bedeutung zu. Ein Ein-Bett-Zimmer kann dabei generell als Indikator für die Lebenssituation begriffen werden.

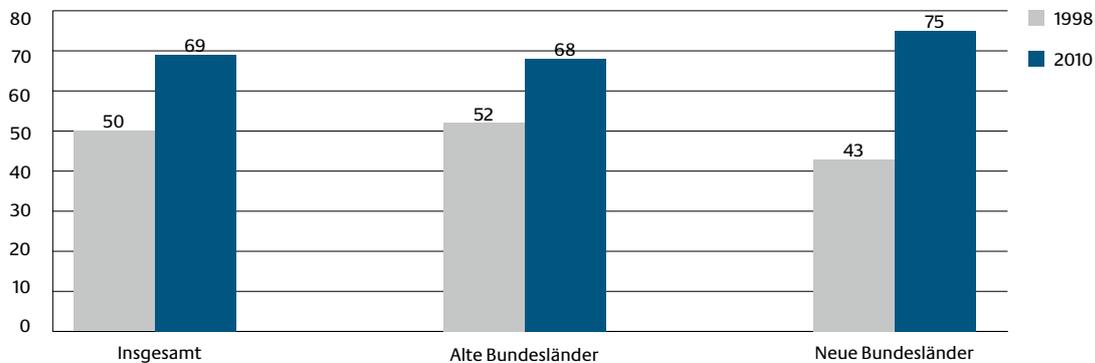
Da die Unterbringung in der bewohnerbezogenen Erhebung nicht erfasst wurde, müssen im Folgenden die Daten der einrichtungsbezogenen Befragung der Heimleitungen verwendet werden.

Aktuell leben 69 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen in einem Ein-Bett-Zimmer bzw. Appartement. Im Vergleich zu 1998 ist der Anteil um 19 Prozentpunkte gestiegen. Damit hat sich die Lebenssituation in den vollstationären Pflegeeinrichtungen deutlich verbessert. Dies gilt in besonderem Maße für die neuen Bundesländer, in denen der Anteil der Ein-Bett-Zimmer um 32 Prozentpunkte gestiegen ist. Mittlerweile ist der Anteil der Ein-Bett-Zimmer in den neuen Ländern höher als in den alten Ländern – 1998 war dies noch umgekehrt. Es ist davon auszugehen, dass es sich hierbei noch um Effekte des im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung in den neuen Bundesländern aufgelegten Investitionsprogramms zur Modernisierung der Heime handelt. Gemäß Artikel 52 PflegeVG war eine von 1995 bis 2002 zeitlich befristete Finanzhilfe des Bundes in Höhe von jährlich 800 Mio. DM vorgesehen. Hinzu kamen komplementäre Mittel der neuen Bundesländer in Höhe von jährlich 200 Mio. DM.

Knapp ein Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner lebt in Zwei-Bett-Zimmern mit Dusche/Bad und WC. Der Anteil derjenigen, die in einfachen Zwei-Bett-Zimmern mit sanitären Einrichtungen auf der Etage leben, ist mit 6 Prozent erheblich geringer als noch 1998. Damals waren es noch 18 Prozent. Bewohnerinnen und Bewohner, die sich mindestens zu dritt ein Zimmer teilen, sind mittlerweile die Ausnahme.

Insgesamt hat sich die wohnliche Situation in den Pflegeheimen seit 1998 erheblich verbessert. Gleichwohl besteht zumindest in einigen Heimen noch Modernisierungsbedarf.

Abb. 4.13 Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen in Ein-Bett-Zimmern und Appartements 1998 und 2010 (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tab. 4.7 Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Art der belegten Zimmer (%)

	Insgesamt	West	Ost
Ein-Bett-Zimmer / Appartement mit Dusche / Bad und WC	60	58	67
Einfaches Ein-Bett-Zimmer	9	10	8
Zwei-Bett-Zimmer mit Dusche / Bad und WC	24	24	22
Einfaches Zwei-Bett-Zimmer	6	7	3
Drei- und mehr Betten-Zimmer	1	1	0

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

4.3.3. Leistungen im Bereich der pflegerischen Versorgung und Betreuung

Die Einstufung in eine der drei Pflegestufen ist abhängig vom Bedarf an Unterstützung in den Bereichen Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftliche Versorgung. Im Einzelnen muss folgender Hilfebedarf vorliegen, damit die pflegebedürftige Person der entsprechenden Pflegestufe zugeordnet wird:

- Pflegestufe I:**
 mindestens einmal täglich Hilfen bei wenigstens zwei Verrichtungen der Grundpflege sowie mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Zeitaufwand muss im Durchschnitt mindestens 90 Minuten täglich betragen, auf die Grundpflege müssen davon mehr als 45 Minuten entfallen.
- Pflegestufe II:**
 mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfen bei der Grundpflege und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Zeitaufwand muss im Durchschnitt mindestens drei Stunden täglich betragen; hiervon müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen
- Pflegestufe III:**
 rund um die Uhr, auch nachts, Hilfen der Grundpflege und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Zeitaufwand muss mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Tab. 4.8 Von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der vollstationären Pflegeeinrichtung erhaltene Hilfe- und Pflegeleistungen nach Pflegestufe (%)

	Mehrfach täglich	Einmal täglich	Ein- oder mehrmals wöchentlich	Seltener bzw. nie/trifft nicht zu
Körperpflege (z. B. Waschen, Ankleiden usw.)				
Pflegebedürftige insgesamt (Pflegestufe I bis III)	81	14	3	2
Pflegestufe I	60	28	7	4
Pflegestufe II	90	8	1	1
Pflegestufe III	96	3	–	0 ¹
Unterstützung beim Essen				
Pflegebedürftige insgesamt (Pflegestufe I bis III)	55	2	1	40
Pflegestufe I	28	3	0 ¹	67
Pflegestufe II	59	2	1	36
Pflegestufe III	93	1	–	5
Hilfe beim Toilettengang				
Pflegebedürftige insgesamt (Pflegestufe I bis III)	70	4	2	23
Pflegestufe I	41	6	4	47
Pflegestufe II	85	3	1	11
Pflegestufe III	88	2	–	9
Medizinische Behandlungspflege				
Pflegebedürftige insgesamt (Pflegestufe I bis III)	55	12	6	26
Pflegestufe I	46	14	5	33
Pflegestufe II	58	11	6	23
Pflegestufe III	62	10	7	20
Mahlzeiten zubereiten				
Pflegebedürftige insgesamt (Pflegestufe I bis III)	85	1	0 ¹	13
Pflegestufe I	74	2	1	22
Pflegestufe II	88	1	0 ¹	10
Pflegestufe III	94	–	0 ¹	5
Putzen oder Einkaufen				
Pflegebedürftige insgesamt (Pflegestufe I bis III)	31	35	12	20
Pflegestufe I	26	36	13	22
Pflegestufe II	32	35	12	20
Pflegestufe III	38	33	9	17

(Fortsetzung Tab. 4.8)

	Mehrfach täglich	Einmal täglich	Ein- oder mehrmals wöchentlich	Seltener bzw. nie/trifft nicht zu
Besuche außerhalb der Einrichtung machen				
Pflegebedürftige insgesamt (Pflegestufe I bis III)	2	1	13	81
Pflegestufe I	1	2	16	78
Pflegestufe II	1	1	11	84
Pflegestufe III	4	1	9	81
Hilfe bei Behördengängen oder ähnlichem				
Pflegebedürftige insgesamt (Pflegestufe I bis III)	1	0 ¹	3	92
Pflegestufe I	1	1	4	92
Pflegestufe II	1	0 ¹	3	92
Pflegestufe III	3	0 ¹	1	90
Verhaltensanleitung (z. B. bei der Tagesgestaltung, Anleitung zur Kommunikation)				
Pflegebedürftige insgesamt (Pflegestufe I bis III)	61	10	6	22
Pflegestufe I	45	12	8	34
Pflegestufe II	67	10	6	16
Pflegestufe III	75	5	2	16
Sonstige soziale Betreuung				
Pflegebedürftige insgesamt (Pflegestufe I bis III)	52	15	15	16
Pflegestufe I	37	15	21	25
Pflegestufe II	56	16	13	12
Pflegestufe III	68	10	11	9
Betreuung in der Nacht				
Pflegebedürftige insgesamt (Pflegestufe I bis III)	74	13	1	11
Pflegestufe I	55	21	2	20
Pflegestufe II	81	10	1	6
Pflegestufe III	88	7	0 ¹	4

Fehlend zu 100 = Keine Angabe

¹ Nennungen unter 0,5 Prozent

Das Ausmaß, in dem Pflegebedürftige Hilfe- und Pflegeleistungen erhalten, spiegelt die Voraussetzungen der einzelnen Pflegestufen wider.

95 Prozent der Pflegebedürftigen erhalten mindestens einmal täglich Unterstützung bei der Körperpflege. Während nur 60 Prozent der Pflegebedürftigen der Pflegestufe I mehrmals täglich Hilfen bei der Körperpflege bekommen, gilt dies für fast alle Pflegebedürftigen der Pflegestufe III.

Für 85 Prozent der Pflegebedürftigen werden mehrmals täglich Mahlzeiten zubereitet. Etwas mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen benötigt darüber hinaus mehrmals täglich Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, in der Pflegestufe III sind es 93 Prozent.

66 Prozent der Pflegebedürftigen erhalten mindestens einmal wöchentlich Unterstützung beim Putzen und Einkaufen. Da die Zimmer der Pflegebedürftigen üblicherweise durch hauswirtschaftliches Personal der Pflegeeinrichtungen oder auch durch ein externes Reinigungsunternehmen geputzt werden, ist davon auszugehen, dass der Anteil der Pflegebedürftigen, die diese Leistungen erhalten, von den Auskunft gebenden Pflegekräften eher unterschätzt wird.

70 Prozent der Pflegebedürftigen benötigen mehrmals täglich Hilfe beim Toilettengang. Dabei ist der Anteil in der Pflegestufe I mit 41 Prozent erheblich geringer als in den Pflegestufen II und III mit 85 bzw. 88 Prozent.

Knapp drei Viertel der Pflegebedürftigen benötigen mehrmals in der Nacht Unterstützung, für weitere 13 Prozent gilt dies zumindest einmal pro Nacht.

71 Prozent der Pflegebedürftigen werden ein- oder mehrmals täglich in ihrem Verhalten angeleitet und 67 Prozent erhalten mindestens einmal täglich sonstige soziale Betreuung. Auch hier wird die Leistung umso häufiger erbracht, je höher die Pflegestufe ist.

Regelmäßige Unterstützung bei Besuchen außerhalb der Einrichtung oder Behördenbesuchen spielen bei den Leistungen kaum eine Rolle.

Nach Auskunft der Pflegekräfte erhalten 73 Prozent der Pflegebedürftigen mindestens einmal in der Woche Leistungen der Behandlungspflege, auf 67 Prozent der Pflegebedürftigen trifft dies mindestens einmal täglich zu.

Bezogen auf alle Bewohnerinnen und Bewohner erhalten 71 Prozent mindestens einmal in der Woche Leistungen der Behandlungspflege und 65 Prozent mindestens einmal täglich. Die Heimleitungen schätzen den Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, die Behandlungspflege erhalten, im Rahmen der einrichtungsbezogenen Erhebung mit durchschnittlich 58 Prozent niedriger ein. Dies mag damit zusammenhängen, dass Pflegebedürftige, die ausschließlich Leistungen der Behandlungspflege erhalten, die wie z. B. die Medikamentengabe nur einen geringen Zeitaufwand erfordern, von den Heimleitungen nicht berücksichtigt wurden.

Gleichgeschlechtliche Betreuung

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen nach § 2 SGB XI trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Im Rahmen der Pflegereform 2008 wurde dieser Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben weiter konkretisiert. Absatz 2 sieht vor, dass der Wunsch der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege nach Möglichkeit zu berücksichtigen ist.

13 Prozent der befragten Pflegekräfte von Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I bis III haben angegeben, dass die ausgewählte Person ausschließlich von Pflegepersonen ihres Geschlechts betreut werden möchte. Dies gilt auch dann, wenn man diejenigen mit Pflegestufe 0 einbezieht. Die gleichgeschlechtliche Pflege ist den Frauen wichtiger als den Männern. 16 Prozent der Frauen möchten ausschließlich von weiblichen Pflegekräften versorgt werden, während nur 3 Prozent der Männer Wert auf eine männliche Pflegeperson legen. Dem Wunsch der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege kann weitgehend entsprochen werden. Immerhin 73 Prozent derjenigen, die laut Einschätzung der Pflegekräfte eine gleichgeschlechtliche Pflege wünschen, werden ausschließlich durch Pflegepersonen des eigenen Geschlechts betreut, und weitere 13 Prozent zumindest überwiegend. In einem Prozent der Fälle wird die Person aber trotz ihres Wunsches nach gleichgeschlechtlicher Pflege überwiegend durch Pflegekräfte des anderen Geschlechts betreut. 13 Prozent der Auskunft gebenden Pflegekräfte haben an dieser Stelle keine Angabe gemacht.

Erstaunlich ist in diesem Zusammenhang der Unterschied zwischen der Einschätzung der Pflegekräfte einerseits und den Aussagen der Pflegebedürftigen und ihrer privaten Pflegepersonen in Privathaushalten andererseits. In

Tab. 4.9 Unterstützung der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch weitere Personen (%)

Basis: Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III in vollstationären Pflegeeinrichtungen

	Regelmäßig am Tag	Ab und an in der Woche	Seltener	Nie/trifft nicht zu
Pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung				
Familienangehörige	8	29	21	40
Freunde oder Bekannte von außerhalb der Einrichtung	1	11	19	65
Bewohner/innen von innerhalb der Einrichtung	11	8	11	66
Ehrenamtliche Helfer/innen	4	16	16	60
Hilfen zur sozialen Betreuung				
Familienangehörige	10	40	24	25
Freunde oder Bekannte von außerhalb der Einrichtung	1	14	25	56
Bewohner/innen von innerhalb der Einrichtung	16	11	15	52
Ehrenamtliche Helfer/innen	5	22	19	49
Fehlend zu 100 = Keine Angabe				

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

den Privathaushalten haben 44 Prozent der Frauen und neun Prozent der Männer, die Sach- bzw. Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen, angegeben, dass sie ausschließlich von Pflegekräften des gleichen Geschlechts betreut werden möchten. Dies spricht dafür, dass das Bedürfnis nach gleichgeschlechtlicher Pflege in den Pflegeheimen unterschätzt wird und dass sich ein Teil der Pflegebedürftigen nicht traut, in einem Heim entsprechende Wünsche zu äußern. Denkbar ist allerdings auch, dass die Diskrepanz darauf zurückzuführen ist, dass Frauen in vollstationären Pflegeeinrichtungen häufig ohnehin durch weibliche Pflegekräfte gepflegt werden und der ausdrücklich geäußerte Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege dort gar nicht notwendig ist. Die Daten der Studie zu „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung“ (MuG IV) zeigen, dass 84 Prozent der Bewohnerinnen von vollstationären Alteinrichtungen 2005 von weiblichen Pflegekräften betreut wurden.

4.3.4. Unterstützung durch weitere Personen

Pflegebedürftige werden oft nicht nur durch das Personal der Pflegeeinrichtung, sondern darüber hinaus noch durch weitere Personen unterstützt.

Am häufigsten erfolgt die Unterstützung durch Familienangehörige. Acht Prozent der Pflegebedürftigen erhalten regelmäßig am Tag und weitere 29 Prozent ab und an in

der Woche pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen durch Familienangehörige. Familiäre Hilfen zur sozialen Betreuung erhalten 10 Prozent regelmäßig am Tag und weitere 40 Prozent ab und an in der Woche.

Durch Freunde oder Bekannte von außerhalb der Einrichtung erhalten 12 Prozent der Pflegebedürftigen mindestens hin und wieder in der Woche pflegerische oder hauswirtschaftliche Unterstützung. Entsprechende Hilfen zur sozialen Betreuung erhalten 15 Prozent der Pflegebedürftigen.

Unterstützung kommt auch von Seiten der übrigen Heimbewohnerinnen und -bewohner. 19 Prozent der Pflegebedürftigen erhalten von ihnen täglich oder zumindest hin und wieder in der Woche pflegerische bzw. hauswirtschaftliche Unterstützung und 27 Prozent soziale Unterstützung.

Für einen Teil der Pflegebedürftigen spielen auch ehrenamtlich Tätige eine wichtige Rolle. 27 Prozent der Pflegebedürftigen erhalten von ihnen mindestens ab und an in der Woche Hilfen zur sozialen Betreuung und 20 Prozent pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung.

Während sich die Unterstützung durch Familienangehörige, Freunde und Bekannte sowie die übrigen Heimbewohner und -bewohnerinnen seit der MuG IV-Studie in 2005 kaum geändert hat, gewinnt die Betreuung durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer zunehmend an

Bedeutung. 2005 erhielten erst 22 Prozent der Pflegebedürftigen mindestens ab und an in der Woche Hilfen zur sozialen Betreuung und nur 16 Prozent bekamen pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung durch freiwillige Helferinnen und Helfer. Hier ist ein Anstieg um sieben bzw. vier Prozentpunkte zu verzeichnen.

Es spricht wenig dafür, dass es sich bei den pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen um einen Ersatz für solche Hilfen handelt, die vom Personal der Einrichtung ansonsten nicht gewährt werden würden. So ist es z. B. für engere Angehörige, die möglicherweise im Vorfeld des Wechsels in die Einrichtung als private Hauptpflegeperson für die Betreuung und Versorgung zuständig waren, völlig selbstverständlich, auch pflegerische Hilfeleistungen z. B. beim Toilettengang oder bei der Körperpflege mit zu erbringen. Ähnliches gilt für Hilfen bei der Nahrungsaufnahme z. B. dann, wenn Freunde und Bekannte, sonstige Bewohnerinnen und Bewohner oder auch freiwillige Helferinnen und Helfer regelmäßig mit dem Pflegebedürftigen gemeinsam essen.

4.3.5. Migrationshintergrund und Pflege

Neun Prozent der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I bis III haben nach der bewohnerbezogenen Erhebung einen Migrationshintergrund, d. h. sie haben eine ausländische Staatsangehörigkeit, sind selber nicht in Deutschland geboren oder haben einen Elternteil, der nicht in Deutschland geboren ist.³⁴ Die Schätzung der Heimleitungen in der einrichtungsbezogenen Erhebung für alle Bewohnerinnen und Bewohner ist mit sechs Prozent etwas niedriger. Dabei ist davon auszugehen, dass der Migrationshintergrund für die Heimleitung nicht immer ersichtlich ist und der Anteil von ihnen deshalb eher unterschätzt wird. Entsprechende Statistiken werden bei den Heimen in der Regel nicht geführt.

27 Prozent der Heimleitungen haben angegeben, dass in ihrer Einrichtung keine Personen mit Migrationshintergrund wohnen. In weiteren 53 Prozent der Einrichtungen beträgt der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund maximal 10 Prozent, in weiteren sieben Prozent liegt er zwischen 10 und 20 Prozent.

³⁴Bewohnerinnen und Bewohner, bei denen die Auskunft gebende Pflegekraft zwar wusste, dass die Person selber in Deutschland geboren ist und die deutsche Staatsangehörigkeit hat, aber keine Aussage zum Geburtsland der Eltern machen konnte, wurden zu denjenigen ohne Migrationshintergrund gezählt. Dies betrifft 36 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner, die die deutsche Staatsangehörigkeit haben und in Deutschland geboren sind. Möglicherweise wird der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund hierdurch leicht unterschätzt.

Anteile über 20 Prozent werden nur in wenigen Fällen genannt. 10 Prozent der Einrichtungsleitungen konnten den Anteil nicht schätzen.

Der Anteil der Einrichtungen, in denen nach Aussage der Einrichtungsleitung keine Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund leben, ist mit 37 Prozent in den neuen Bundesländern höher als in den alten Ländern mit 24 Prozent. Bei den Angaben für die neuen Länder ist allerdings zu beachten, dass hier 20 Prozent der Heimleitungen zu der Frage keine Angaben machen konnten.

Nicht nur ein Teil der Pflegebedürftigen hat einen Migrationshintergrund, sondern auch ein Teil der Pflegekräfte. Nach Angaben der Heimleitungen in der einrichtungsbezogenen Befragung gilt dies für 15 Prozent von ihnen. In 14 Prozent der Heime sind nach Auskunft der Heimleitung keine Pflegekräfte mit Migrationshintergrund beschäftigt, bei weiteren 39 Prozent der Einrichtungen haben maximal 10 Prozent der Pflegekräfte einen Migrationshintergrund. Lediglich in vier Prozent der Einrichtungen haben mehr als die Hälfte der Pflegekräfte einen Migrationshintergrund.

Der Anteil der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund ist in den neuen Bundesländern mit vier Prozent erheblich niedriger als in den alten Ländern mit 17 Prozent. 38 Prozent der Einrichtungsleitungen in den neuen Bundesländern haben angegeben, dass in ihrer Einrichtung keine Pflegekräfte mit Migrationshintergrund tätig sind. Auch hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass in diesem Fall sogar ein Viertel der Leitungen den Anteil der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund nicht einschätzen konnte oder aus sonstigen Gründen keine Antwort gegeben hat. In den alten Bundesländern gilt dies nur für fünf Prozent.

Die Daten aus der personenbezogenen Befragung weisen darauf hin, dass die Einrichtungsleitungen den Anteil der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund eher unterschätzen, denn 23 Prozent der Auskunft gebenden Pflegekräfte haben eine ausländische Staatsangehörigkeit, sind im Ausland geboren oder haben mindestens einen Elternteil, der im Ausland geboren ist. Die eher niedrige Einschätzung der Heimleitungen könnte damit zusammenhängen, dass gerade bei den Pflegekräften mit Migrationshintergrund, deren Muttersprache Deutsch ist, der Migrationshintergrund von der Heimleitung zum Teil gar nicht wahrgenommen wird.

Sprache und Kulturkreis

Für 74 Prozent der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund ist Deutsch laut Auskunft der befragten Pflegekräfte die Muttersprache. Lediglich für 22 Prozent von ihnen gilt dies nicht.³⁵ Da damit in der Stichprobe nur 48 Personen enthalten sind, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, sind detaillierte Auswertungen aufgrund der geringen Fallzahl für diese Gruppe nicht möglich. Die Antworten auf die Fragen danach, wie gut diese Personen Deutsch sprechen und verstehen, weisen aber darauf hin, dass nur ein kleinerer Teil von ihnen Schwierigkeiten hat, sich in der deutschen Sprache zu verständigen. Darüber hinaus zeigen die Daten, dass zumindest ein Teil der Personen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, durch Pflegekräfte betreut werden, die nicht die gleiche Sprache sprechen. Dies ist insbesondere für diejenigen, die sich mit der deutschen Sprache schwer tun, eine belastende Situation, die zu Missverständnissen führen und die Versorgung beeinträchtigen kann.

Unabhängig von der Sprache kann es für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund wichtig sein, dass zumindest eine der Pflegekräfte denselben kulturellen bzw. religiösen Hintergrund hat und so im Idealfall aus der eigenen kulturellen Erfahrung heraus ein tieferes Verständnis für die pflegebedürftige Person und ihre Bedürfnisse mitbringt. 65 Prozent der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund werden durch eine Pflegekraft aus demselben Kulturkreis betreut, für 14 Prozent von ihnen gilt dies nicht. Für die restlichen 21 Prozent der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund konnte die Auskunft gebende Pflegekraft diese Frage nicht beantworten. Bezieht man die zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI mit ein, so haben 68 Prozent der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund eine professionelle Bezugsperson in der Einrichtung, die denselben kulturellen bzw. religiösen Hintergrund hat.

Pflegebedürftige mit Deutsch als Muttersprache

Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund sowie mit Migrationshintergrund und Deutsch als Muttersprache werden zu 90 Prozent mindestens durch eine Pflegekraft betreut, die ihre Muttersprache spricht. Auf 2 Prozent von ihnen trifft dies nicht zu und für 8 Prozent hat die Auskunft gebende Person an dieser Stelle keine Angabe gemacht.

11 Prozent der Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund sowie mit Migrationshintergrund und Deutsch als

Muttersprache werden durch mindestens eine Pflegekraft betreut, deren Muttersprache nicht Deutsch ist. In diesen Fällen wurde danach gefragt, wie die Auskunft gebende Person die Verständigung beurteilt. In 81 Prozent der Fälle wurde die Verständigung als sehr gut oder gut bezeichnet, in fünf Prozent der Fälle als eher oder sehr schlecht und in 10 Prozent der Fälle als mal gut, mal schlecht.³⁶ Dies weist darauf hin, dass für Pflegebedürftige, deren Muttersprache Deutsch ist, die sprachliche Verständigung mit dem Pflegepersonal überwiegend unproblematisch ist, dass es andererseits aber durchaus auch eine Minderheit von Pflegekräften gibt, deren Deutschkenntnisse für eine Verständigung mit den Pflegebedürftigen nicht ausreichen.

91 Prozent der Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund sowie mit Migrationshintergrund und Deutsch als Muttersprache, die durch zusätzliche Betreuungskräfte unterstützt werden, erhalten Unterstützung durch mindestens eine Betreuungskraft, die ihre Muttersprache spricht. Auf vier Prozent trifft dies nicht zu und für fünf Prozent konnte die Auskunft gebende Person hierzu keine Angabe machen. 15 Prozent von ihnen werden jedoch auch mindestens durch eine zusätzliche Betreuungskraft betreut, die nicht dieselbe Muttersprache spricht. In diesen Fällen wurde danach gefragt, wie die Auskunft gebende Pflegekraft die Verständigung einschätzt. In 77 Prozent der Fälle wurde die Verständigung sehr gut oder gut eingeschätzt, in 2 Prozent der Fälle sehr schlecht oder eher schlecht und in 17 Prozent der Fälle als teils gut, teils schlecht.³⁷ Dies zeigt, dass auch die Verständigung mit den zusätzlichen Betreuungskräften für die deutschsprachigen Pflegebedürftigen zwar weitgehend problemlos ist, dass die Deutschkenntnisse der Betreuungskräfte aber nicht in allen Fällen für eine Kommunikation mit den Pflegebedürftigen ausreichen.

Auch für Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund ist es wichtig, dass sie mindestens von einer Pflegekraft betreut werden, die denselben kulturellen bzw. religiösen Hintergrund hat. Für 71 Prozent von ihnen hat die Auskunft gebende Pflegekraft dies bejaht, für drei Prozent von ihnen verneint. Allerdings scheint die Beurteilung dieser Frage für die Auskunft gebenden Pflegekräfte besonders schwierig gewesen zu sein, denn 26 Prozent von ihnen haben diese Frage nicht beantwortet. In der Tat können sich die kulturellen bzw. religiösen Hintergründe auch zwischen einer 80-jährigen Pflegebedürftigen und

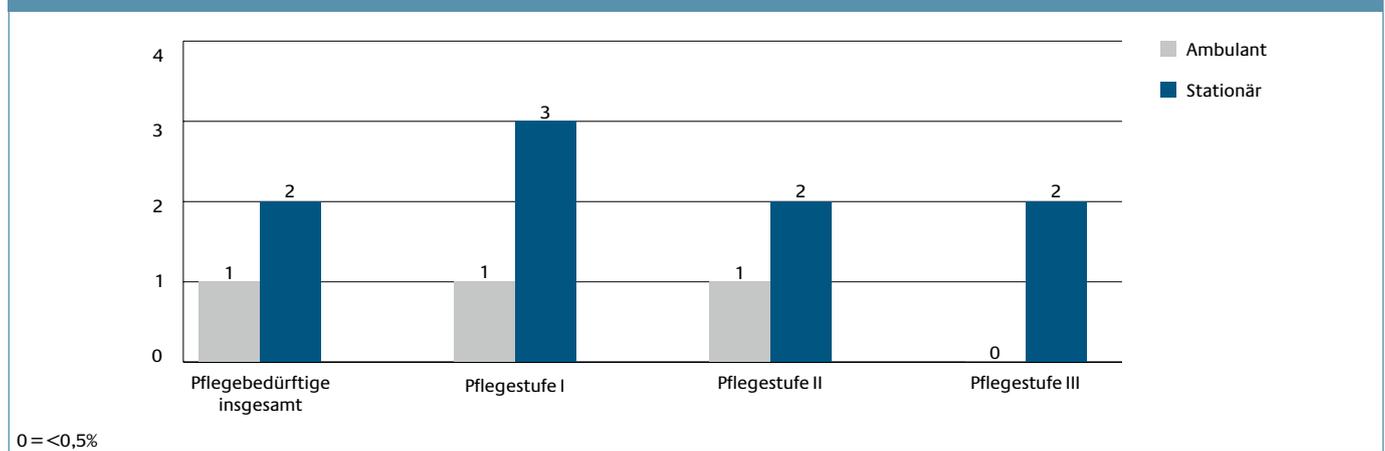
³⁵ Vier Prozent der Auskunft gebenden Pflegekräfte konnten hierzu keine Angabe machen.

³⁶ Vier Prozent der Pflegekräfte haben keine Angabe gemacht.

³⁷ Vier Prozent der Pflegekräfte haben keine Angabe gemacht.

Abb. 4.14 Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen durch den MDK oder einen Arzt bzw. eine Ärztin in den letzten 12 Monaten (%)

Basis: Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

einer 20-jährigen Pflegekraft erheblich voneinander unterscheiden, selbst wenn beide keinen Migrationshintergrund haben. Hier im Einzelfall zu entscheiden, ob der kulturelle und religiöse Hintergrund derselbe ist, dürfte den Pflegekräften nicht leicht gefallen sein.

4.3.6. Heilmittel und Rehabilitationsmaßnahmen

Eines der Ziele der Pflegereform 2008 ist die Stärkung von Prävention und Rehabilitation. Wenngleich die nach § 5 SGB XI angestrebte Überwindung der Pflegegebedürftigkeit bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeheimen eher die Ausnahme ist, so ist es doch oft möglich, mit Heilmitteln oder Rehabilitationsmaßnahmen eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern und die Lebensqualität der Pflegebedürftigen zu erhöhen. Eine im Rahmen der Pflegereform 2008 neu eingeführte Regelung in § 87a, Abs. 4 SGB XI sieht vor, dass Pflegeheime 1.536 Euro erhalten, wenn die pflegebedürftige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen für mindestens sechs Monate in eine niedrigere Pflegestufe zurückgestuft werden kann oder eine Zurückstufung von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit möglich ist. Damit soll für die Pflegeheime nicht zuletzt ein Anreiz geschaffen werden, vom MDK bzw. Ärztinnen und Ärzten empfohlene Maßnahmen umzusetzen. Im Gegenzug müssen die Krankenkassen für jede verordnete Maßnahme, die nicht innerhalb von sechs Monaten nach Verordnung erbracht wird, 1.536 Euro an die Pflegekassen zahlen, sofern die Gründe von der jeweiligen Krankenkasse zu vertreten sind (§ 40, Abs. 3 SGB V).

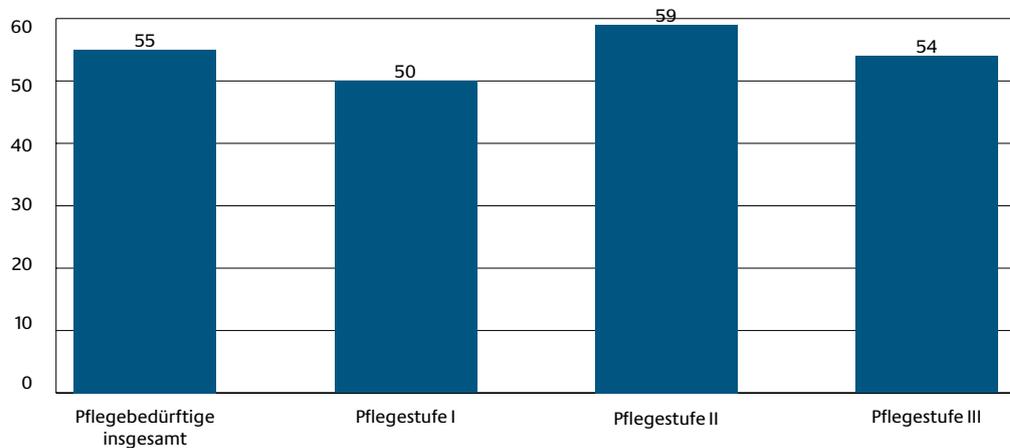
Betrachtet man zunächst die Rehabilitationsmaßnahmen, die den Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen in den vergangenen 12 Monaten vom MDK bzw. einem Arzt oder einer Ärztin empfohlen wurden, so zeigt sich, dass einem Prozent der Pflegebedürftigen ambulante Rehabilitationsmaßnahmen und zwei Prozent stationäre Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen wurden. Unterschiede zwischen den einzelnen Pflegestufen bestehen kaum.

Der Anteil der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, denen in den vergangenen 12 Monaten vom MDK bzw. einem Arzt oder einer Ärztin mindestens ein Heilmittel empfohlen wurde, ist mit 55 Prozent erheblich höher. Am höchsten ist der Anteil in der Pflegestufe II mit 59 Prozent.

An der Spitze der empfohlenen Heilmittel stehen Krankengymnastik und Bewegungstherapie. 35 Prozent der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen haben eine entsprechende Empfehlung erhalten. Darüber hinaus wurden insbesondere solche Heilmittel empfohlen, die zu einer besseren Bewältigung des alltäglichen Lebens beitragen. Hierzu zählen Gedächtnis- oder Orientierungstraining, Kontinenz- bzw. Toilettentraining sowie Kraft- und Balancetraining zur Sturzprophylaxe. Diese Maßnahmen wurden jeweils 25, 22 und 17 Prozent der Pflegebedürftigen empfohlen. Ergotherapie und therapeutische Maßnahmen für Demenzkranke wie z. B. basale Stimulation und Validation wurden jeweils 14 Prozent der Pflegebedürftigen empfohlen, Musik- oder Tanztherapie weiteren sieben Prozent. Die drei letztgenannten Maßnahmen wurden

Abb. 4.15 Empfehlung von Heilmitteln durch den MDK oder einen Arzt bzw. eine Ärztin in den letzten 12 Monaten (%)

Basis: Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tab. 4.10 Vom MDK bzw. einer Ärztin oder einem Arzt in den letzten 12 Monaten empfohlene Heilmittel nach Pflegestufe (%)

Basis: Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen

	Insgesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Krankengymnastik oder Bewegungstherapie	35	32	39	35
Massagen, Bäder, Rotlicht oder Elektrotherapie	4	5	3	3
Kraft- und Balancetraining (Sturzprophylaxe)	17	18	18	12
Logopädie (Stimm- und Sprechtherapie)	4	2	5	6
Ergotherapie	14	10	14	18
Musik- oder Tanztherapie (speziell für Demenzkranke)	7	4	8	9
Kontinenz- bzw. Toilettentraining	22	19	28	18
Gedächtnis- oder Orientierungstraining	25	22	30	22
Basale Stimulation, Validation oder ähnliche therapeutische Maßnahmen für Demenzkranke	14	6	15	25

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

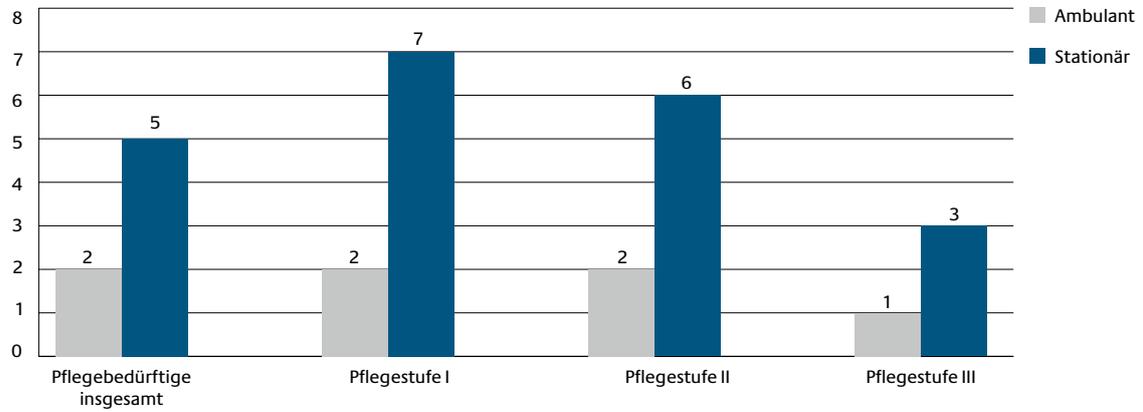
überdurchschnittlich häufig Pflegebedürftigen der Pflegestufe III empfohlen, und damit der Gruppe der Pflegebedürftigen, in der der Anteil der Demenzkranke besonders hoch ist. Logopädische Maßnahmen sowie passive Therapieformen wie Massagen, Bäder, Rotlicht oder Elektrotherapie wurden nur jeweils für vier Prozent der Pflegebedürftigen für notwendig erachtet.

Auch unabhängig davon, ob und wenn ja, welche Maßnahmen der MDK oder ein Arzt bzw. eine Ärztin empfohlen hat, wurde im Rahmen der Repräsentativbefragung für alle Pflegebedürftigen erfasst, welche Maßnahmen sie in den letzten 12 Monaten tatsächlich erhalten haben.

Zwei Prozent der Pflegebedürftigen haben ambulante und fünf Prozent stationäre Rehabilitationsmaßnahmen erhalten. Der Anteil ist in Pflegestufe III jeweils niedriger als in den Pflegestufen I und II.

Mit 86 Prozent ist der Anteil der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die in diesem Zeitraum mindestens ein Heilmittel erhalten haben, erheblich höher als der Anteil, dem solche Maßnahmen empfohlen wurden. Am häufigsten erhielten Pflegebedürftige der Pflegestufe II entsprechende Maßnahmen.

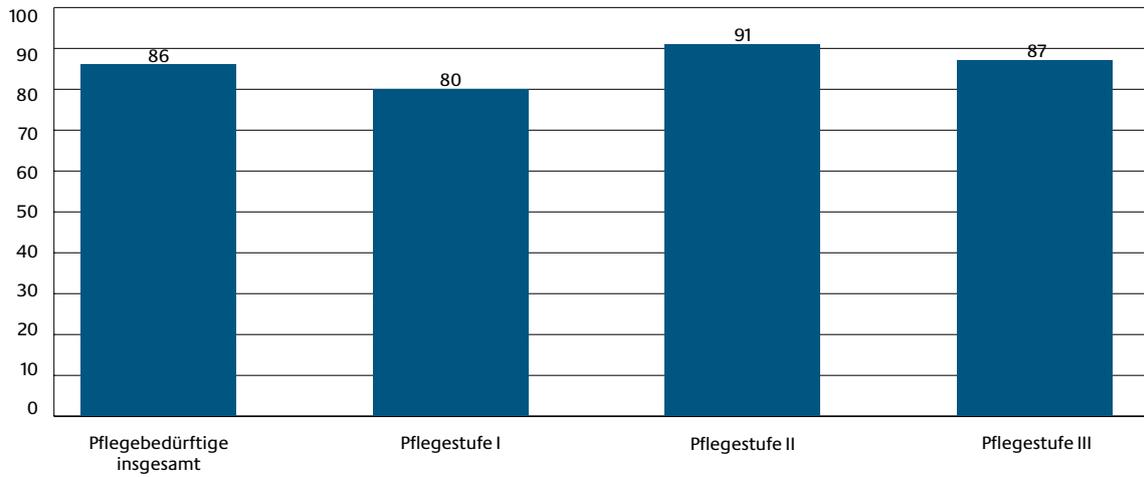
Abb. 4.16 Erhalt von Rehabilitationsmaßnahmen in den letzten 12 Monaten (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 4.17 Erhalt von Heilmitteln in den letzten 12 Monaten (%)

Basis: Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

48 Prozent der Pflegebedürftigen haben Krankengymnastik oder Bewegungstherapie erhalten. Häufig genutzt wurden auch Maßnahmen zur Erleichterung des alltäglichen Lebens: 60 Prozent der Pflegebedürftigen haben an Gedächtnis- und Orientierungstraining, 47 Prozent an Kontinenz- bzw. Toilettentraining und 35 Prozent an Kraft- und Balancetraining zur Sturzprophylaxe teilgenommen.

Basale Stimulation, Validation oder ähnliche Maßnahmen für Demenzkranke wurden von 37 Prozent der Pflegebedürftigen in Anspruch genommen. Mit 59 Prozent ist der Anteil in der Gruppe der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III besonders hoch. Gleiches gilt für die Teilnahme an Musik- oder Tanztherapie, die im Durchschnitt 24 Prozent der Pflegebedürftigen, aber 30 Prozent derjenigen mit Pflegestufe III erhalten haben und für die Ergotherapie, die 24 Prozent der Pflegebedürftigen insgesamt und 28 Prozent derjenigen mit Pflegestufe III genutzt haben.

Mit Ausnahme der Musik- bzw. Tanztherapie haben die Pflegebedürftigen die jeweiligen Maßnahmen überwiegend mehrmals wöchentlich erhalten.

Massagen und weitere passive Maßnahmen haben 10 Prozent der Pflegebedürftigen erhalten. Logopädische Maßnahmen und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen wurden noch seltener genutzt.

In einer stationären Rehabilitationseinrichtung waren in den letzten 12 Monaten fünf Prozent der Pflegebedürftigen. Am höchsten ist der Anteil mit sieben Prozent in Pflegestufe I, gefolgt von sechs Prozent in Pflegestufe II und drei Prozent in Pflegestufe III.

Seit der MuG IV-Studie 2005 ist der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I bis III, die die jeweiligen Heilmittel in den vergangenen 12 Monaten erhalten haben, gestiegen. Ein besonders hoher Anstieg zeigt sich beim Kraft- und Balancetraining. Hier hat sich der Anteil derjenigen, die diese Maßnahme in Anspruch genommen haben, mehr als verdreifacht. Auch beim Gedächtnis- und Orientierungstraining und bei der basalen Stimulation, Validation und ähnlichen Maßnahmen für Demenzkranke sind erhebliche Zunahmen zu verzeichnen. Die Entwicklung im Zeitablauf weist darauf hin, dass der in § 87a, Abs. 4 SGB XI neu geschaffene Anreiz für die Heime zur Stärkung der Rehabilitation an dieser Stelle erste positive Wirkungen zeigt.

Tab. 4.11 In den letzten 12 Monaten erhaltene Rehabilitationsmaßnahmen und Heilmittel nach Pflegestufe (%)
 Basis: Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III in vollstationären Pflegeeinrichtungen

	Insgesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Rehabilitationsmaßnahmen				
Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen	5	7	6	3
Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen				
Mehrmals wöchentlich	0 ¹	0 ¹	0 ¹	0 ¹
1-mal in der Woche	0 ¹	0 ¹	0 ¹	–
Seltener	1	1	1	1
Nie	97	98	97	97
Heilmittel				
Krankengymnastik oder Bewegungstherapie				
Mehrmals wöchentlich	27	20	30	31
1-mal in der Woche	17	20	18	10
Seltener	4	4	3	3
Nie	52	56	47	55
Massagen, Bäder, Rotlicht oder Elektrotherapie				
Mehrmals wöchentlich	3	2	2	3
1-mal in der Woche	4	4	3	4
Seltener	3	4	2	2
Nie	90	90	91	89
Kraft- und Balancetraining (Sturzprophylaxe)				
Mehrmals wöchentlich	25	25	28	16
1-mal in der Woche	8	10	8	5
Seltener	2	2	3	1
Nie	65	62	60	77
Logopädie (Stimm- und Sprechtherapie)				
Mehrmals wöchentlich	3	1	3	3
1-mal in der Woche	2	1	3	5
Seltener	1	1	1	1
Nie	94	97	92	90
Ergotherapie				
Mehrmals wöchentlich	15	13	15	15
1-mal in der Woche	7	4	8	10
Seltener	2	2	1	2
Nie	76	81	75	72

(Fortsetzung Tab. 4.11)

	Insgesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Musik- oder Tanztherapie (Speziell für Demenzkranke)				
Mehrmals wöchentlich	9	6	9	14
1-mal in der Woche	12	10	13	12
Seltener	3	3	3	2
Nie	76	81	73	70
Kontinenz- bzw. Toilettentraining				
Mehrmals wöchentlich	43	32	54	39
1-mal in der Woche	2	2	2	1
Seltener	2	2	1	0 ¹
Nie	53	63	42	58
Gedächtnis- oder Orientierungstraining				
Mehrmals wöchentlich	43	37	49	40
1-mal in der Woche	15	18	15	9
Seltener	2	2	1	2
Nie	40	43	33	48
Basale Stimulation, Validation oder ähnliche therapeutische Maßnahmen für Demenzkranke				
Mehrmals wöchentlich	29	15	32	45
1-mal in der Woche	6	4	6	9
Seltener	2	2	2	3
Nie	63	79	59	41
Fehlend zu 100 = Keine Angabe				

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010; ¹ Nennungen unter 0,5 Prozent.

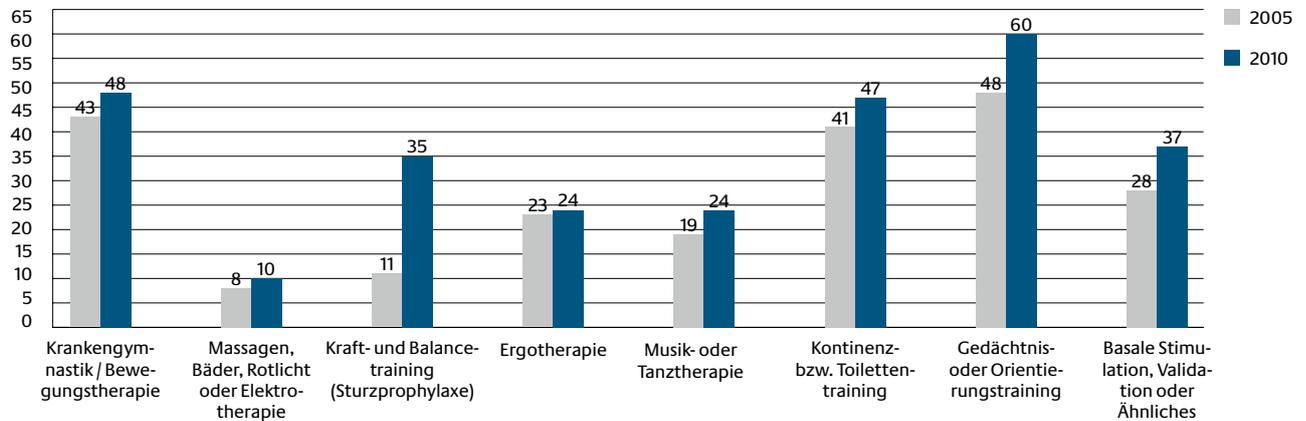
Von denjenigen, denen der MDK oder eine Ärztin bzw. ein Arzt stationäre Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen haben, waren nur 48 Prozent in den letzten 12 Monaten tatsächlich in einer stationären Rehabilitationseinrichtung. Komplexe ambulante Rehabilitationsmaßnahmen wurden mit 38 Prozent sogar noch seltener umgesetzt. Da nur 21 Pflegebedürftigen in der Stichprobe ambulante Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen wurden, sind die Daten allerdings mit der gebotenen Vorsicht zu interpretieren.

Betrachtet man hingegen die Heilmittel, die den Pflegebedürftigen vom MDK oder von Ärzten in den letzten 12 Monaten empfohlen wurden, so zeigt sich, dass die Bewohnerinnen und Bewohner diese ganz überwiegend im Jahresverlauf auch erhalten haben. Bei einem Teil wur-

den die Empfehlungen allerdings auch nicht umgesetzt. Der Prozentsatz reicht von 6 Prozent bei der Musik- bzw. Tanztherapie bis hin zu 27 Prozent bei Massagen und weiteren passiven Heilmitteln.

Welche Gründe im Einzelnen dafür verantwortlich sind, dass Pflegebedürftige die empfohlenen Heilmittel oder Maßnahmen nicht erhalten haben, lässt sich anhand der Daten nicht eindeutig klären. Neben einer mangelnden Bereitschaft der Pflegebedürftigen zur Teilnahme an den empfohlenen Maßnahmen ist nicht auszuschließen, dass auch organisatorische Hindernisse innerhalb der Einrichtung dazu beigetragen haben, dass empfohlene Maßnahmen nicht genutzt wurden. Daneben mag ein Teil der Empfehlungen aber auch erst kurze Zeit zurückliegen und deshalb noch nicht umgesetzt sein.

Abb. 4.18 Erhaltene Heilmittel 2005 und 2010 (%)
Basis: Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tab. 4.12 Erhalt der empfohlenen Rehabilitationsmaßnahmen und Heilmittel (%)
Basis: Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III in vollstationären Pflegeeinrichtungen, denen die jeweilige Maßnahme vom MDK bzw. von einer Ärztin oder einem Arzt empfohlen wurde

	Mehrmals wöchentlich	1-mal in der Woche	Seltener	Nie
Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen	20	2	16	56
Heilmittel				
Krankengymnastik oder Bewegungstherapie	55	27	4	14
Massagen, Bäder, Rotlicht oder Elektrotherapie	38	24	9	27
Kraft- und Balancetraining (Sturzprophylaxe)	66	19	4	11
Logopädie (Stimm- und Sprechtherapie)	38	43	6	13
Ergotherapie	63	24	1	12
Musik- oder Tanztherapie (speziell für Demenzkranke)	48	42	3	6
Kontinenz- bzw. Toiletentraining	85	5	1	9
Gedächtnis- oder Orientierungstraining	69	21	2	8
Basale Stimulation, Validation oder ähnliche therapeutische Maßnahmen für Demenzkranke	73	14	-	12

Fehlend zu 100 = Keine Angabe

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

4.4. Personal der vollstationären Pflegeeinrichtungen

4.4.1. Personalsituation

Der folgende Abschnitt beschreibt die Personalsituation in den vollstationären Pflegeeinrichtungen. Die Zahlen beziehen sich dabei ausschließlich auf die Festangestellten – auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis Beschäftigte sowie von Zeitarbeitsfirmen ausgeliehenes Personal sind nicht eingeschlossen. Über diesen Teil der Beschäftigten wird am Ende des Abschnitts gesondert berichtet.

Hochgerechnet auf alle vollstationären Pflegeeinrichtungen ergibt sich ein Gesamtpersonalbestand für 2010 von 600.000 Beschäftigten. Der überwiegende Teil des Personals in den vollstationären Pflegeeinrichtungen hat allerdings keine Vollzeitstelle. 46 Prozent sind teilzeitbeschäftigt, d. h. sie sind mindestens 15, aber unter 35 Stunden tätig. Weitere 10 Prozent sind geringfügig, d. h. mit einem Umfang von weniger als 15 Stunden, beschäftigt. 44 Pro-

zent des Personals sind vollzeitbeschäftigt und damit mindestens 35 Stunden pro Woche tätig.

Beschäftigte im Bereich Hauswirtschaft sind überdurchschnittlich häufig geringfügig oder teilzeitbeschäftigt. 18 Prozent von ihnen arbeiten weniger als 15 Stunden, weitere 55 Prozent zwischen 15 und 35 Stunden. Bei den Pflegekräften sind es 8 bzw. 43 Prozent. Eine wichtige Rolle spielen geringfügige oder Teilzeitbeschäftigungen mit 14 bzw. 50 Prozent auch beim therapeutischen und sozialpädagogischen Personal. Gerade kleineren Einrichtungen ist es oft nicht möglich, verschiedene Therapeuten als Vollzeitbeschäftigte einzustellen. Das entsprechende Versorgungsangebot wird in den Einrichtungen deshalb häufig durch Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse gewährleistet. Von den zusätzlichen Betreuungskräften für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ist nur jeder bzw. jede fünfte vollzeitbeschäftigt, die Mehrheit von ihnen arbeitet Teilzeit.

Ein Vergleich mit dem Beschäftigungsumfang von 1998 ist an dieser Stelle nur unter Vorbehalt möglich, da sich die Abgrenzung der Voll- und Teilzeitbeschäftigten in den beiden Erhebungen geringfügig unterscheidet. Während

Tab. 4.13 Beschäftigte in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Berufsgruppen und Beschäftigungsumfang

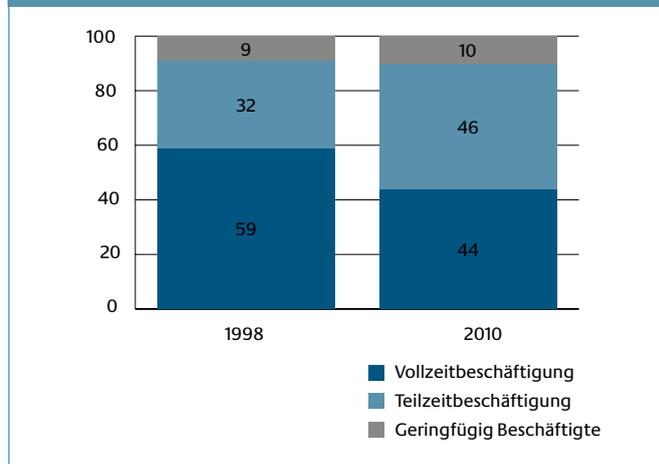
	Beschäftigte insgesamt	davon: Vollzeitbeschäftigte (ab 35 Std.)	Teilzeitbeschäftigte (15 b. u. 35 Std.)	Geringfügig Beschäftigte (< 15 Std.)
Pflegepersonal	411.000	201.000	178.000	32.000
Therapeut/innen u. Sozialarbeiter/innen	22.000	8.000	11.000	3.000
Zivildienstleistende	9.000	9.000	0	0
Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI	25.000	5.000	18.000	2.000
Hauswirtschaftliches Personal	105.500	29.000	58.000	18.500
Verwaltungspersonal	27.500	12.000	13.000	2.500
Personal insgesamt	600.000	264.000	278.000	58.000

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

in der Erhebung 2010 ausschließlich der Stundenumfang entscheidend ist, wurden 1998 bei der Unterscheidung von Voll- und Teilzeit keine Stundenvorgaben gemacht und bei den geringfügig Beschäftigten war das ausschlaggebende Kriterium die Beschäftigung im Rahmen eines sozialversicherungsfreien „520 bzw. 620-Mark-Jobs“. Vergleicht man den Beschäftigungs-

umfang trotz dieser Einschränkung, so zeigt sich, dass der Anteil der Vollzeitbeschäftigten erheblich gesunken ist, während gleichzeitig der Anteil der Teilzeitbeschäftigten entsprechend gestiegen ist.

Abb. 4.19 Personal der vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsumfang 1998 und 2010 (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Der überwiegende Teil der geringfügig Beschäftigten ist in den alten Bundesländern tätig. Auch der Anteil der Vollzeitbeschäftigten ist hier etwas höher. Entsprechend ist in den neuen Bundesländern über die Hälfte des Personals teilzeitbeschäftigt.

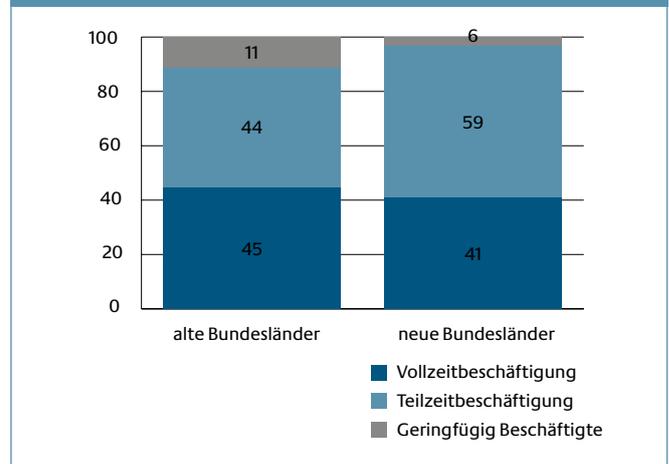
Vollarbeitskräfte

Die an der Erhebung beteiligten Einrichtungen wurden gebeten, das in Teilzeit oder geringfügig beschäftigte Personal jeweils in „Vollarbeitskräfte“ umzurechnen. Die Summe der Vollarbeitskräfte wird im Folgenden für die Analyse von Personalbesetzungen und Betreuungsrelationen verwendet.

Hochgerechnet auf alle vollstationären Einrichtungen waren 2010 446.000 Vollarbeitskräfte beschäftigt. Im Vergleich zu 1998 bedeutet dies einen Anstieg um 57 Prozent – damals waren „nur“ 284.000 Vollarbeitskräfte in der vollstationären Pflege tätig. Der Anstieg der Vollarbeitskräfte geht auf der einen Seite einher mit einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben. Im Vergleich zu 1998 ist die Zahl der Bewohner mit Pflegestufe I bis III um etwa 45% gestiegen, während sich die Zahl der Bewohner mit Pflegestufe 0 oder ohne Pflegebedarf („Reines Wohnen“) inzwischen mehr als halbiert hat.

Das Pflegepersonal macht den überwiegenden Teil der Vollarbeitskräfte aus. Sein Anteil ist seit 1998 um rund sechs Prozentpunkte gestiegen. Zurückgegangen ist der Anteil des hauswirtschaftlichen Personals. Dies dürfte ins-

Abb. 4.20 Personal der vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsumfang und alten und neuen Bundesländern (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

besondere darauf zurückzuführen sein, dass ein Teil der vollstationären Pflegeeinrichtungen hauswirtschaftliche Leistungen ausgegliedert und an externe Dienstleistungsunternehmen vergeben hat. Ein anderer Grund könnten zentrale Reinigungsdienste sein, die bei einem Träger angesiedelt und für die hauswirtschaftlichen Dienstleistungen in mehreren Heimen zuständig sind.

Ebenfalls zurückgegangen – wenn auch in geringerem Maße – ist der Anteil der Zivildienstleistenden. Therapeutisches Personal, zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI sowie Verwaltungspersonal machen einen eher kleinen Teil der Beschäftigten aus.

Die Unterschiede zwischen den gemeinnützigen und den privaten Trägern sind allenfalls gering, und auch die Heime mit unterschiedlicher Größe weisen eine sehr ähnliche Personalstruktur auf. Größer sind hingegen die Unterschiede zwischen den neuen und den alten Bundesländern. So ist der Anteil der Pflegekräfte in den neuen Ländern rund sechs Prozentpunkte höher als in den alten Bundesländern. Der Anteil des hauswirtschaftlichen Personals ist in den neuen Ländern entsprechend niedriger.

Lässt man die Unterscheidung hinsichtlich des Pflegebedarfs unberücksichtigt und bezieht jeweils die Vollarbeitskräfte auf 100 Bewohnerinnen und Bewohner, so zeigen sich insbesondere beim Pflegepersonal erhebliche Unterschiede im Zeitablauf (vgl. Tab. 4.16). Kamen 1998 erst 32,1 Pflegekräfte auf 100 Bewohnerinnen und Bewohner, so waren es 2010 bereits 44,9.

Tab. 4.14 Struktur der Vollarbeitskräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998 und 2010 (%)

	1998	2010
Pflegepersonal	66,2	72,3
Therapeut/innen u. Sozialarbeiter/innen	2,5	3,4
Zivildienstleistende	4,6	1,6
Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI	¹	3,5
Hauswirtschaftliches Personal	21,4	14,7
Verwaltungspersonal	5,4	4,5

¹ Zusätzliche Betreuungskräfte werden erst seit Inkrafttreten des Pflege-Weiterbildungsgesetzes eingesetzt.
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz –
TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tab. 4.15 Struktur der Vollarbeitskräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach alten und neuen Bundesländern (%)

	Alte Länder	Neue Länder
Pflegepersonal	71,0	77,2
Therapeut/innen u. Sozialarbeiter/innen	3,2	4,5
Zivildienstleistende	1,9	0,8
Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI	3,3	4,2
Hauswirtschaftliches Personal	16,0	9,5
Verwaltungspersonal	4,7	3,8

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz –
TNS Infratest Sozialforschung 2010

Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich in dem Zeitraum auch die Struktur der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime geändert hat (vgl. Abb. 4.11). So ist insbesondere der Anteil derjenigen mit Pflegestufe 0 seit 1998 erheblich zurückgegangen, während die Anteile mit Pflegestufe I und II angestiegen sind. Insgesamt hat sich der durchschnittliche Betreuungsaufwand je Bewohnerin bzw. Bewohner damit seit 1998 deutlich erhöht.

Bezüglich der unterschiedlichen Einrichtungsarten zeigen sich bei den Vollarbeitskräften je 100 Bewohnerinnen und Bewohner folgende Unterschiede:

Tab. 4.16 Vollarbeitskräfte je 100 Bewohner/innen in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Berufsgruppen 1998 und 2010

	1998	2010
Pflegepersonal	32,1	44,9
Therapeut/innen u. Sozialarbeiter/innen	1,2	2,1
Zivildienstleistende	2,2	1,1
Zusätzliche Betreuungskräfte	¹	2,2
Hauswirtschaftliches Personal	10,4	9,5
Verwaltungspersonal	2,6	2,8
Vollarbeitskräfte insgesamt	48,5	62,6

¹ Zusätzliche Betreuungskräfte werden erst seit Inkrafttreten des Pflege-Weiterbildungsgesetzes eingesetzt.
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz –
TNS Infratest Sozialforschung 2010

- West/Ost

Während in den alten Bundesländern 64,7 Vollarbeitskräfte auf 100 Bewohnerinnen und Bewohner kommen, sind es in den neuen Ländern lediglich 54,5. Besonders groß ist der Unterschied beim hauswirtschaftlichen Personal. Hier ist die Quote in den alten Ländern mit 10,6 doppelt so hoch wie in den neuen Ländern mit 5,3. Die Unterschiede bei den Pflegekräften sind hingegen eher gering. Auf 100 Bewohnerinnen und Bewohner kommen in den alten Bundesländern 45,5 Pflegekräfte, in den neuen Ländern sind es 42,4.

- Einrichtungsgröße

Erhebliche Unterschiede zeigen sich auch zwischen kleinen, mittleren und großen Heimen. Die Spannweite reicht hier von 55,8 Vollarbeitskräften je 100 Bewohnerinnen und Bewohner in den großen Einrichtungen bis zu 68,4 in den kleinen Einrichtungen mit weniger als 50 Bewohnerinnen und Bewohnern. Die mittleren Einrichtungen liegen mit 62,3 Vollarbeitskräften je 100 Bewohnerinnen und Bewohner im Mittelfeld. Ein großer Teil dieser Differenzen resultiert aus den unterschiedlichen Quoten bei den Pflegekräften. Kommen in den kleinen Einrichtungen 49,2 Pflegekräfte auf 100 Bewohnerinnen und Bewohner, so sind es bei den mittleren Einrichtungen nur 44,3 und bei den großen 40,4. Hierbei spielen auch Effizienzeffekte in größeren Einrichtungen eine Rolle.

- Träger

Die Unterschiede zwischen gemeinnützigen und privaten Trägern fallen demgegenüber eher gering aus. Bei privaten Trägern sind je 100 Bewohnerinnen und Bewohner insgesamt 2,8 Vollarbeitskräfte mehr tätig als in Einrichtung in gemeinnütziger Trägerschaft. Auf 100 Bewohnerinnen und Bewohner kommen bei den privaten Trägern 46,4 Pflegevollkräfte, in den Einrichtungen in privater Trägerschaft sind es 44,3.

Qualifikationsstruktur

Tabelle 4.18 zeigt die Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in vollstationären Pflegeeinrichtungen, getrennt nach Beschäftigten und Vollarbeitskräften. Wie bereits 1998 stellen die Altenpfleger und -pflegerinnen und das sonstige Fachpersonal mit mindestens zweijähriger Fachausbildung den größten Teil des Pflegepersonals. An zweiter Stelle folgen die Pflegekräfte ohne fachspezifische Ausbildung.

Vergleicht man die Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals auf der Basis der Vollarbeitskräfte im Zeitablauf, so zeigt sich, dass der Anteil der Gesundheits- und Krankpfleger und -pflegerinnen seit 1998 um fünf Prozentpunkte zurückgegangen ist und der Anteil der Altenpfleger und -pflegerinnen sowie des sonstigen Fachpersonals mit mindestens zweijähriger Fachausbildung um rund sechs Prozentpunkte gestiegen ist. Darüber hinaus hat der Anteil der Auszubildenden zugenommen. Bei dem Pflegepersonal mit einjähriger Fachausbildung und dem Pflegepersonal ohne Fachausbildung ist hingegen ein leichter Rückgang zu verzeichnen.

Tab. 4.18 Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in vollstationären Pflegeeinrichtungen

	Beschäftigte insgesamt	Vollarbeitskräfte
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	58.000	44.500
Altenpfleger/-innen, gerontopsychiatrische Fachkräfte, sonstiges examiniertes Fachpersonal (2–3 Jahre)	146.000	122.000
Sonstiges Pflegepersonal (examiniert, 1 Jahr)	55.000	39.500
Pflegepersonal in Ausbildung	38.000	36.500
Sonstiges Pflegepersonal	114.000	77.000
Pflegepersonal insgesamt	411.000	319.500

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tab. 4.19 Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998 und 2010 (Vollarbeitskräfte, %)

	1998	2010
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	18,9	13,9
Altenpfleger/-innen, gerontopsychiatrische Fachkräfte, sonstiges examiniertes Fachpersonal (2–3 Jahre)	32,1	38,2
Sonstiges Pflegepersonal (examiniert, 1 Jahr)	15,0	12,4
Pflegepersonal in Ausbildung	7,1	11,4
Sonstiges Pflegepersonal	26,9	24,1

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tab. 4.17 Vollarbeitskräfte je 100 Bewohner/innen in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Berufsgruppen und Träger der Einrichtungen

	Insgesamt	Gemeinnützige Träger	Private Träger
Pflegepersonal	44,9	44,3	46,4
Therapeut/innen u. Sozialarbeiter/innen	2,1	2,0	2,4
Zivildienstleistende	1,1	1,5	0,5
Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI	2,2	2,1	2,2
Hauswirtschaftliches Personal	9,5	9,1	9,6
Verwaltungspersonal	2,8	2,5	3,2
Personal insgesamt	62,6	61,5	64,3

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Nach der Heimpersonalverordnung soll die Zahl der in der Betreuung beschäftigten Fachkräfte größer sein als die Zahl der übrigen Pflegekräfte. Fachkräfte im Sinne der Verordnung müssen eine Berufsausbildung abgeschlossen haben, die Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der von ihnen ausgeübten Funktion und Tätigkeit vermittelt. Hierzu zählen pflegerisch Tätige mit zwei- oder dreijähriger Fachausbildung (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen sowie Altenpfleger und -pflegerinnen). Altenpflegehelfer und -helferinnen, Krankenpflegehelfer und -helferinnen sowie vergleichbare Hilfskräfte sind ausdrücklich keine Fachkräfte im Sinne der Heimpersonalverordnung. Nach dieser Definition beträgt die Pflegefachquote – bezogen auf die Vollarbeitskräfte – 53,2 Prozent.

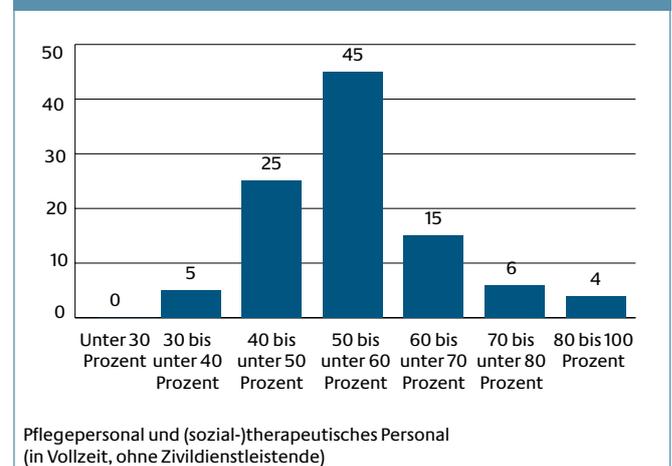
Üblicherweise wird die Fachkraftquote im Bereich der Betreuung jedoch unter Einschluss sowohl des pflegerischen als auch des (sozial-)therapeutischen Personals ermittelt³⁸. Setzt man voraus, dass alle in der Erhebung erfassten Therapeutinnen und Therapeuten unter die Definition der Fachkräfte fallen, ergibt sich eine Fachkraftquote von 55,3 Prozent. Gegenüber 1998 zeigt sich eine leichte Verbesserung. Damals lag die Fachkraftquote noch bei 52,8 Prozent. Die Fachkraftquote ist in den neuen Bundesländern mit 53,7 Prozent etwas niedriger als in den alten Bundesländern mit 55,7 Prozent. Geringe Unterschiede zeigen sich auch zwischen den Einrichtungen in privater und gemeinnütziger Trägerschaft (56,3 vs. 54,5 Prozent). Die kleinen Einrichtungen haben mit 57,6 Prozent die höchste Fachkraftquote, gefolgt von den großen Einrichtungen mit 54,8 Prozent. Die mittleren Einrichtungen haben mit 53,7 Prozent die niedrigste Fachkraftquote.

Diese personalbezogene Berechnung kann nur einen ersten Eindruck zur Qualifikationsstruktur der in der Betreuung der Pflegebedürftigen eingesetzten Beschäftigten vermitteln. Die tatsächliche Betreuungssituation im Sinne der Heimpersonalverordnung lässt sich nur dann analysieren, wenn die Berechnung auf der Ebene der einzelnen Heime erfolgt. Bei dieser Vorgehensweise zeigt sich, dass nach den vorliegenden Angaben nur 70 Prozent der Einrichtungen, trotz der Vorgabe der Heimpersonalverordnung, einen Anteil an Fachkräften von mindestens 50 Prozent im Bereich der Betreuung (Pflege- und therapeutisches Personal) aufweisen würden. Im Vergleich zu

1998 hat sich die Situation allerdings verbessert. Damals erreichten nur 62 Prozent der Einrichtungen die vorgeschriebene Fachkraftquote von 50 Prozent.

Wie bereits 1998 liegt die Fachkraftquote bei einem weiteren Viertel der Einrichtungen zwischen 40 und 50 Prozent. 5 Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen beschäftigen weniger als 40 Prozent an Fachkräften. 1998 traf dies noch auf 11 Prozent der Einrichtungen zu.

Abb. 4.21 Einrichtungsbezogene Fachkraftquoten im Bereich der Betreuung in vollstationären Pflegeeinrichtungen (%)



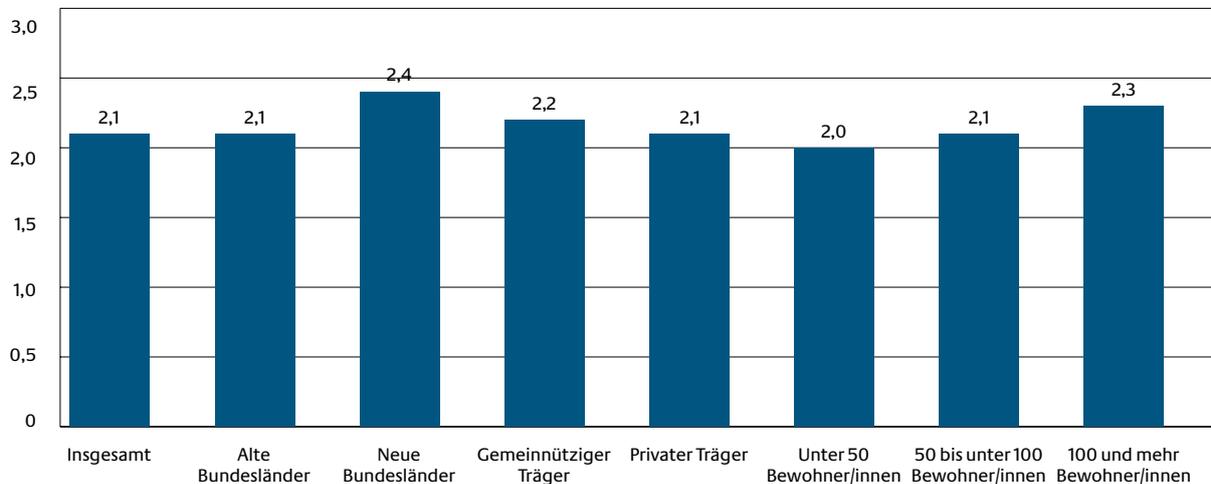
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Betreuungsrelationen

Ein wichtiger Aspekt der Gewährleistung und Sicherstellung der Qualität der Pflege und Betreuung ist die Bereitstellung von ausreichendem Personal. Üblicherweise wird dafür die Maßzahl „Zahl der Pflegebedürftigen je Betreuungskraft“ (Summe aus Pflegekräften, zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b SGB XI und therapeutischem Personal, gegebenenfalls inklusive Zivildienstleistenden) verwendet. Die nachfolgenden Ergebnisse basieren jeweils auf einer Berechnung, bei der das Personal in Vollarbeitskräften berücksichtigt wird und bei der bei den Pflegebedürftigen auch die Bewohnerinnen und Bewohner mit Pflegestufe 0 einbezogen sind. Unberücksichtigt bleiben hingegen die Bewohnerinnen und Bewohner, die nicht pflegebedürftig sind und ausschließlich in der Einrichtung wohnen.

³⁸ Zivildienstleistende werden bei der Berechnung von Fachkraftquoten nicht mitgezählt.

Abb. 4.22 Zahl der Pflegebedürftigen (Stufe 0 bis III) je Betreuungskraft in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Einrichtungstyp



Im Bereich der Pflege und Betreuung tätiges Personal (in Vollzeit, inkl. Zivildienstleistende)

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Auf der Basis dieser Zahlen ergibt sich eine Quote von

- 2,2 Pflegebedürftigen (Stufe 0 bis III) je fest angestellter Betreuungskraft bzw.
- 2,1 Pflegebedürftigen (Stufe 0 bis III) je fest angestellter Betreuungskraft inklusive Zivildienstleistenden.

Die Betreuungsrelation hat sich gegenüber 1998 verbessert. Damals kamen 2,8 Pflegebedürftige auf eine fest angestellte Betreuungskraft. Bei Berücksichtigung der Zivildienstleistenden waren es 2,6 Pflegebedürftige je Betreuungskraft. Auch wenn ein Teil der besseren Betreuungsrelation den Pflegebedürftigen direkt zugute kommt, so ist doch zu beachten, dass sich im Vergleich zu 1998 die Struktur der Bewohnerinnen und Bewohner geändert hat (vgl. Abb. 4.11), was in der Konsequenz zu einem höheren Betreuungsbedarf pro Bewohnerin oder Bewohner geführt hat. Darüber hinaus sind die Anforderungen an die Dokumentation in der Pflege seit 1998 gestiegen, so dass der Personalbedarf auch aus diesem Grund höher ist.

Die Betreuungsrelation ist in den neuen Bundesländern etwas schlechter als in den alten Bundesländern. Dies wird weder durch mehr Leiharbeits- oder Honorarkräfte noch durch eine höhere Fachkraftquote in den neuen Ländern kompensiert. Ebenso wenig bieten Unterschiede in der Struktur der Pflegebedürftigen oder bei der Einrichtungsgroße hierfür Erklärungsansätze.

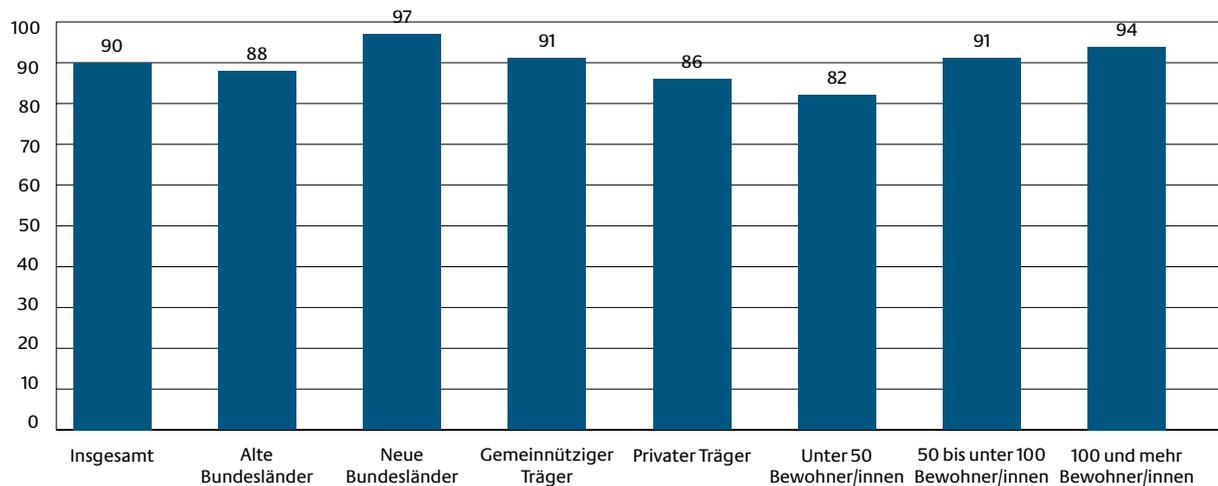
Gemeinnützige und private Träger unterscheiden sich bei der Betreuungsrelation hingegen kaum. Die etwas schlechtere Betreuungsrelation in den großen Einrichtungen könnte u. a. damit zusammenhängen, dass Teile der Dokumentation und die Verwaltungsaufgaben hier häufiger durch Verwaltungspersonal durchgeführt und Synergieeffekte genutzt werden, während diese Aufgaben in kleinen Einrichtungen häufiger durch das Pflegepersonal erledigt werden.

Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 sieht vor, dass Pflegeheime, die für die Betreuung und Aktivierung von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf zusätzliches sozialversicherungspflichtiges Betreuungspersonal einstellen, Zuschläge zur Pflegevergütung erhalten, sofern im Einzelnen die Voraussetzung des § 87b SGB XI erfüllt sind. Für jeweils 25 Pflegebedürftige werden die Kosten für eine zusätzliche Betreuungskraft (Vollzeit) übernommen.

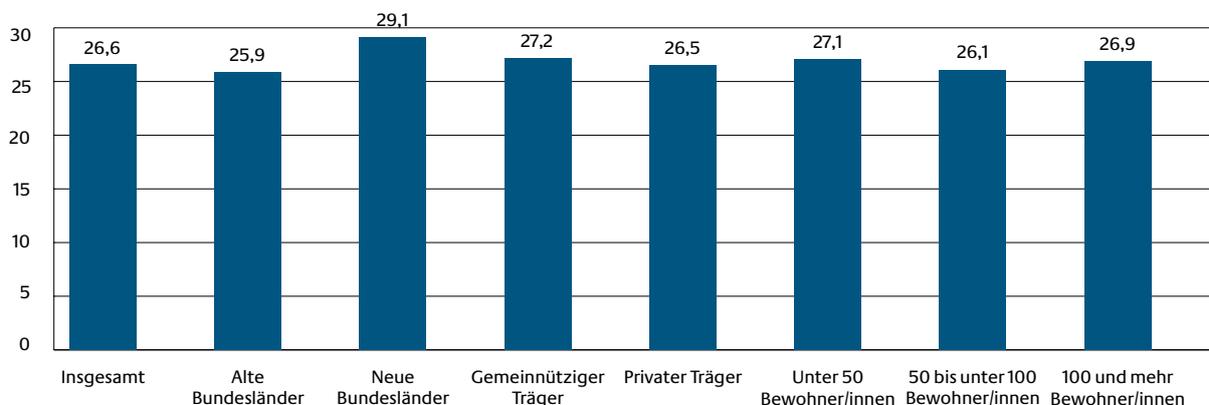
90 Prozent aller Einrichtungen, in denen Personen mit anerkanntem erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf leben, beschäftigen zusätzliche Betreuungskräfte.

Abb. 4.23 Beschäftigung von zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b SGB XI nach Einrichtungsart (%)
Basis: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen, in denen Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf wohnen



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 4.24 Zahl der Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf je zusätzlicher Betreuungskraft nach § 87b SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Einrichtungsart



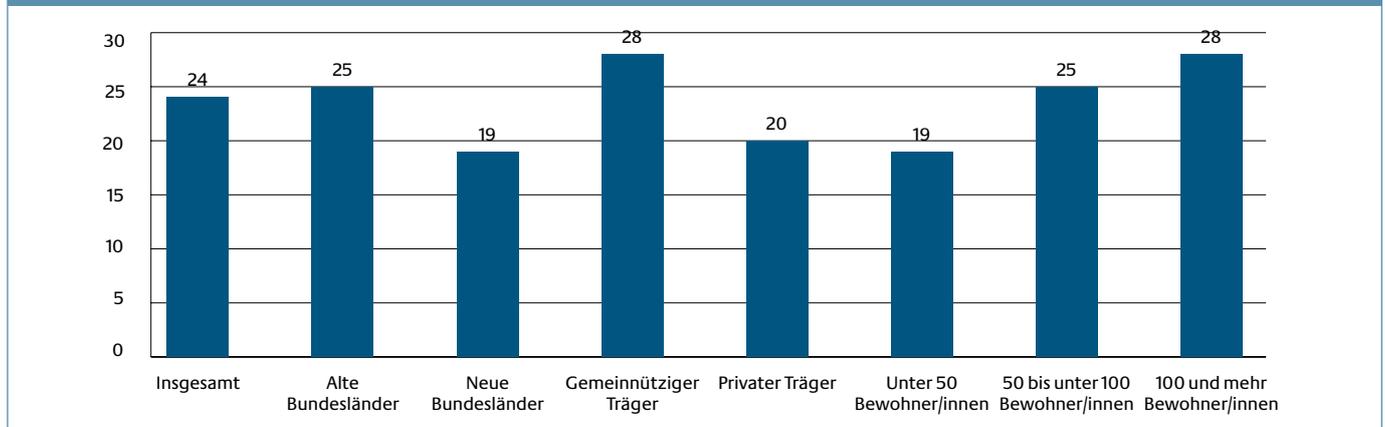
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Einrichtungen in den neuen Bundesländern, solche mit gemeinnützigem Träger sowie große und mittlere Einrichtungen beschäftigen überdurchschnittlich häufig zusätzliche Betreuungskräfte. Die Unterschiede werden allerdings geringer, wenn man nur die Einrichtungen betrachtet, in denen mindestens 25 Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz leben.

Insgesamt sind in den vollstationären Pflegeeinrichtungen rund 25.000 zusätzliche Betreuungskräfte eingesetzt. In Vollzeitäquivalente umgerechnet sind es rund 16.000. Bezogen auf Vollarbeitskräfte stellen sie 3,5 Prozent der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen.

In den Einrichtungen, die zusätzliche Betreuungskräfte beschäftigen, kommen im Durchschnitt 26,6 Pflegebedürftige mit anerkanntem erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf auf eine zusätzliche Betreuungskraft (in Vollzeit). Die Relation ist in den neuen Bundesländern mit 29,1 Pflegebedürftigen je Betreuungskraft etwas ungünstiger als in den alten Ländern, wo eine zusätzliche Betreuungskraft auf 25,9 Pflegebedürftige kommt. Die Unterschiede zwischen Einrichtungen in gemeinnütziger und in privater Trägerschaft sowie zwischen den verschiedenen Größenklassen sind nur gering.

Abb. 4.25 Vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis Beschäftigten nach Einrichtungsart (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Beschäftigte auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis und Leiharbeitskräfte

In knapp einem Viertel der vollstationären Pflegeeinrichtungen sind Personen auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis beschäftigt. Dieser Anteil ist in den alten Bundesländern, in Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft und in den mittleren und großen Einrichtungen überdurchschnittlich hoch. Bei den Einrichtungen, die aktuell Personen auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis beschäftigen, sind im Durchschnitt 7,3 Honorarkräfte tätig. Die auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis Beschäftigten werden überwiegend in der Therapie (43 Prozent) und in der Pflege (24 Prozent) eingesetzt.

21 Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen beschäftigen von Zeitarbeitsfirmen ausgeliehenes Personal. Nennenswerte Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern bestehen dabei keine. Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft und große und mittlere Einrichtungen beschäftigen überdurchschnittlich häufig Leiharbeitskräfte. Bei den Einrichtungen, die aktuell Zeitarbeitskräfte ausgeliehen haben, sind im Durchschnitt 2,9 Zeitarbeitskräfte tätig und dies ganz überwiegend in der Pflege.

Qualifikation der Pflegedienstleistung und der Einrichtungsleitung

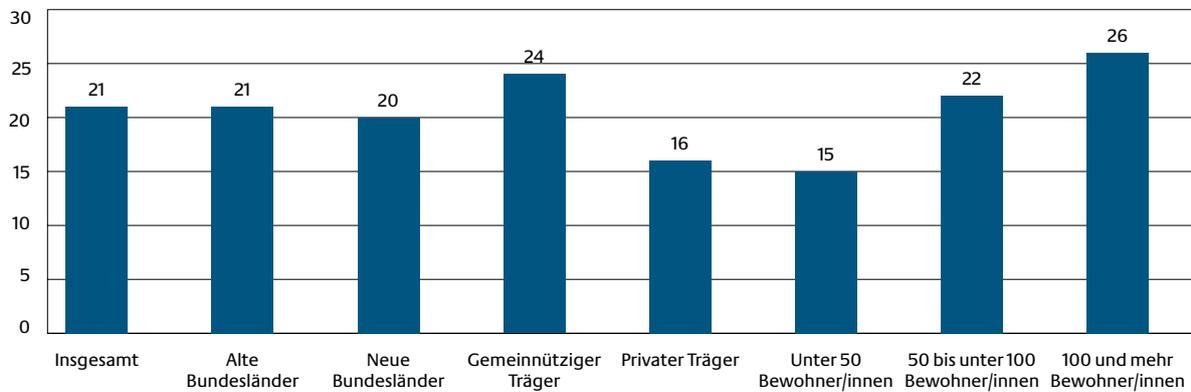
Nach § 71 Abs. 1 SGB XI muss die Betreuung der Pflegebedürftigen unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft erfolgen. Zu den ausgebildeten Pflegefachkräften zählen nach Absatz 3

- Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger und -pflegerinnen
- Altenpfleger und -pflegerinnen
- nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspfleger und -pflegerinnen, sofern die Einrichtung überwiegend behinderte Menschen pflegt und betreut.

Mit 53 Prozent hat die Mehrheit der Pflegedienstleitungen einen Berufsabschluss als Altenpfleger bzw. Altenpflegerin. Weitere 45 Prozent haben einen Abschluss als Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. -pflegerin. Vereinzelt wurden an dieser Stelle auch pflegewissenschaftliche Studienabschlüsse genannt, und ein Prozent der Einrichtungen hat keine Angaben gemacht.

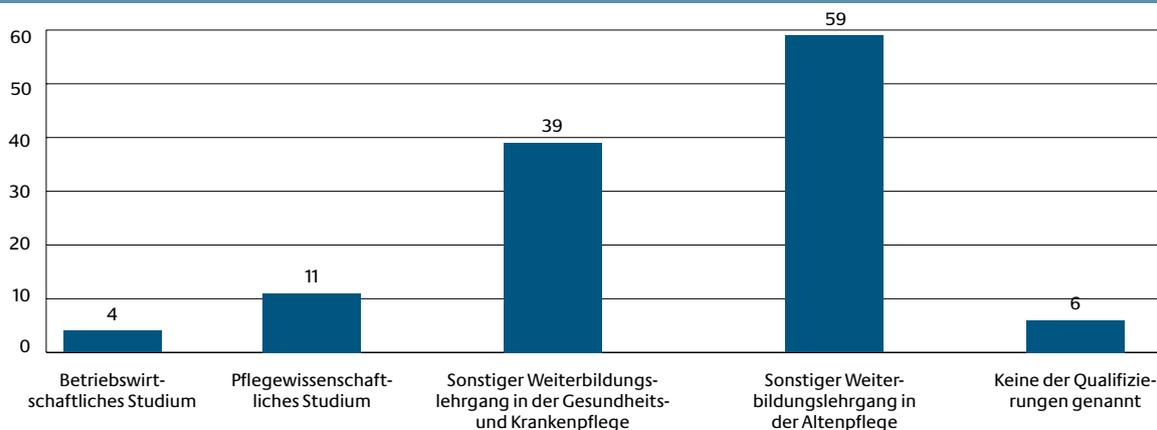
Mehr als die Hälfte der Pflegedienstleitungen hat einen Weiterbildungslehrgang in der Altenpflege abgeschlossen und rund zwei Fünftel haben einen Weiterbildungslehrgang in der Gesundheits- und Krankenpflege absolviert. Gut jede zehnte Pflegedienstleitung hat einen pflegewissenschaftlichen Studienabschluss. Ein betriebswirtschaftlicher Studienabschluss ist hingegen relativ selten.

Abb. 4.26 Vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit von Zeitarbeitsfirmen ausgeliehenen Beschäftigten nach Einrichtungsart (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 4.27 Qualifizierungen der Pflegedienstleitungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Mehrfachnennungen, %)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Die Qualifizierung der Pflegedienstleitungen ist in den alten und den neuen Bundesländern recht unterschiedlich. So hat in den neuen Bundesländern jede fünfte Pflegedienstleitung einen pflegewissenschaftlichen Studienabschluss, während dies in den alten Bundesländern nur für neun Prozent der Pflegedienstleitungen gilt. Daneben überwiegen in den neuen Bundesländern die Weiterbildungslehrgänge in der Gesundheits- und Krankenpflege, während in den alten Bundesländern überdurchschnittlich häufig ein entsprechender Lehrgang in der Altenpflege absolviert wurde.

Die Unterschiede zwischen den Trägern sind eher gering. Bemerkenswert ist hier, dass bei den Einrichtungen in privater Trägerschaft 62 Prozent der Pflegedienstleitungen einen sonstigen Weiterbildungslehrgang in der Altenpflege absolviert haben, während es bei den Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft „nur“ 55 Prozent sind.

Im Gegensatz zur Pflegedienstleitung ist der erforderliche berufliche Abschluss der Leitung einer vollstationären Pflegeeinrichtung nicht gesetzlich geregelt. Doch auch von den Einrichtungsleitungen haben 33 Prozent einen Abschluss als Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. -pflegerin und 25 Prozent einen Abschluss als Altenpfleger bzw. Altenpflegerin. Weitere 14 Prozent haben ein pädagogisches Studium abgeschlossen, und 11 Prozent haben einen kaufmännischen Ausbildungsabschluss oder einen betriebswirtschaftlichen Studienabschluss. Daneben wurden auch sozial- oder pflegewissenschaftliche Studienabschlüsse genannt.

Personalfuktuation in der Pflege

Im Zusammenhang mit der Personalsituation in der Pflege wird zunehmend der bereits heute bestehende Fachkräftemangel diskutiert.

Doch nicht nur fehlende Fachkräfte, sondern auch eine hohe Personalfuktuation können die Qualität in der Pflege beeinträchtigen. Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen der Repräsentativbefragungen in den Jahren 2010 und 1998 für das jeweils vergangene Kalenderjahr, also 2009 und 1997, Informationen zur Personalfuktuation erhoben.

Tab. 4.20 Qualifizierungen der Pflegedienstleitungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach alten und neuen Bundesländern (Mehrfachnennungen, %)

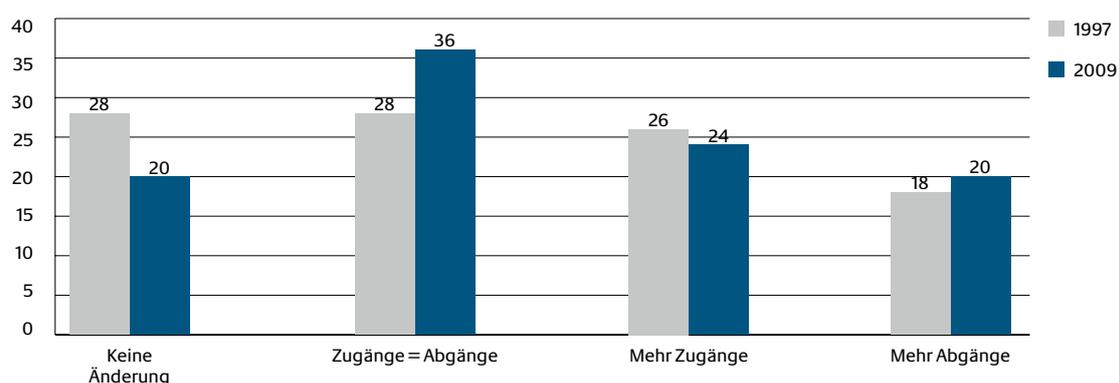
	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Betriebswirtschaftliches Studium	4	5
Pflegewissenschaftliches Studium	9	20
Sonstiger Weiterbildungslehrgang in der Gesundheits- und Krankenpflege	35	55
Sonstiger Weiterbildungslehrgang in der Altenpflege	64	37
Nichts davon genannt	4	14

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Examierte Fachkräfte

Betrachtet man zunächst auf der Ebene der einzelnen Heime die Zu- und Abgänge bei den examinierten Pflegekräften, einschließlich derjenigen mit 1-jähriger Ausbildung, so zeigt sich, dass es 2009 lediglich in 20 Prozent der Einrichtungen keine Veränderung gab, dass also weder examinierte Pflegekräfte neu eingestellt wurden noch das Heim verlassen haben. Bei 36 Prozent der Einrichtungen halten sich Neueinstellungen und Abgänge die Waage, in 24 Prozent der Einrichtungen hat sich die Zahl der examinierten Pflegekräfte erhöht und in 20 Prozent der Einrichtungen ist die Zahl der examinierten Pflegekräfte zurückgegangen. Zu beachten ist, dass die Zahlen nur etwas über die Entwicklung der Zahl der Beschäftigten, nicht jedoch über die Entwicklung des Beschäftigungsvolumens aussagen.

Abb. 4.28 Entwicklung der Zahl der examinierten Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1997 und 2009 (%)

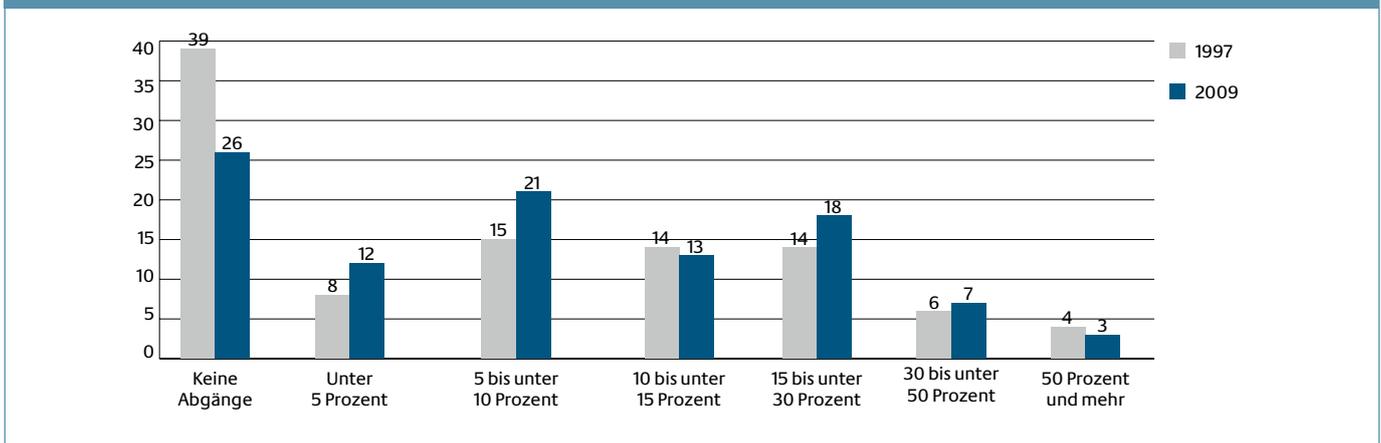


Tab. 4.21 Entwicklung der Zahl der examinierten Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2009 nach Einrichtungsgröße (%)

	Zahl der Bewohner			Einrichtungen insgesamt
	unter 50	50 bis unter 100	100 und mehr	
Keine Änderung	35	13	10	20
Zugänge = Abgänge	30	40	39	36
Mehr Zugänge	17	25	30	24
Mehr Abgänge	18	22	21	20

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 4.29 Fluktuation bei den examinierten Pflegekräften in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1997 und 2009 (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Der Anteil der Einrichtungen, die keine Veränderungen beim examinierten Pflegepersonal berichten, war 1997 mit 28 Prozent noch etwas höher als 2009. Entsprechend niedriger ist 1997 der Anteil der Einrichtungen, in denen sich die Zu- und Abgänge ausgleichen. Wie auch 2009 verzeichnen 1997 etwa ein Viertel der Einrichtungen einen Anstieg der Zahl der examinierten Pflegekräfte und etwa ein Fünftel einen Rückgang.

Der Anteil der Einrichtungen, in denen es 2009 keine Änderungen beim examinierten Pflegepersonal gab, ist in den kleinen Heimen mit 35 Prozent überdurchschnittlich hoch, während von den großen Einrichtungen mit entsprechend mehr Personal nur 10 Prozent für 2009 keine Veränderungen beim examinierten Pflegepersonal berichtet haben.

Im Folgenden wird die Personalfuktuation noch etwas differenzierter betrachtet. Dabei wird Personalfuktuation definiert als der Anteil der examinierten Pflegekräfte, die 2009 bzw. 1997 ausgeschieden sind, an allen examinierten Pflegekräften im Heim zum Zeitpunkt der Erhebung.³⁹

In 26 Prozent der Einrichtungen sind 2009 keine examinierten Pflegekräfte ausgeschieden. Der Vergleich mit 1997 zeigt, dass die Personalsituation in den Heimen damals noch stabiler war. In 39 Prozent der Einrichtungen gab es keinerlei Fluktuation bei den examinierten Pflegekräften. Der niedrigere Anteil von Einrichtungen in 2009, die keine Fluktuation der examinierten Pflegekräfte berichten, könnte nicht zuletzt durch den Gesamtanstieg der Zahl der Pflegekräfte in den Einrichtungen und dabei

³⁹ Der Personalbestand zum Jahresbeginn 2009 liegt nicht vor, so dass die Personalfuktuation näherungsweise mit dem Personalbestand zum Erhebungszeitpunkt berechnet wurde.

Tab. 4.22 Fluktuation der examinierten Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2009 nach Einrichtungsgröße (%)

	Zahl der Bewohner			Einrichtungen insgesamt
	unter 50	50 bis unter 100	100 und mehr	
Keine Abgänge	42	17	19	26
unter 5 Prozent	1	15	21	12
5 b. u. 10 Prozent	19	20	24	21
10 b. u. 15 Prozent	3	21	13	13
15 b. u. 30 Prozent	22	14	19	18
30 b. u. 50 Prozent	10	8	2	7
50 Prozent und mehr	3	5	2	3

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

insbesondere durch den Anstieg der Teilzeitkräfte bedingt sein. Beides erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass mindestens eine Pflegekraft die Einrichtung verlässt. Dabei spielt bei den Teilzeitkräften die in dieser Gruppe etwas geringere Bindung an den Arbeitgeber eine Rolle. Daneben erleichtert der Fachkräftemangel den examinierten Pflegekräften einen Arbeitgeberwechsel und trägt so seinen Teil zu einer erhöhten Fluktuation bei.

Vergleicht man allerdings die Anteile aller Einrichtungen, bei denen die Fluktuationsquote unter 10 Prozent liegt, so sind die Unterschiede weniger gravierend. 1997 waren es 62 Prozent, 2009 mit 59 Prozent nur 3 Prozentpunkte weniger.

Der Anteil der Heime, in denen 2009 keine Abgänge beim examinierten Pflegepersonal zu verzeichnen waren, ist in den kleineren Einrichtungen mit 42 Prozent wie erwartet höher als in den mittleren und großen Einrichtungen. Auf der anderen Seite haben allerdings 13 Prozent der kleineren Heime mindestens 30 Prozent ihrer examinierten Pflegekräfte verloren. Eine solch hohe Fluktuation wird bei den großen Einrichtungen nur von vier Prozent berichtet.

Nicht examiniertes Pflegepersonal

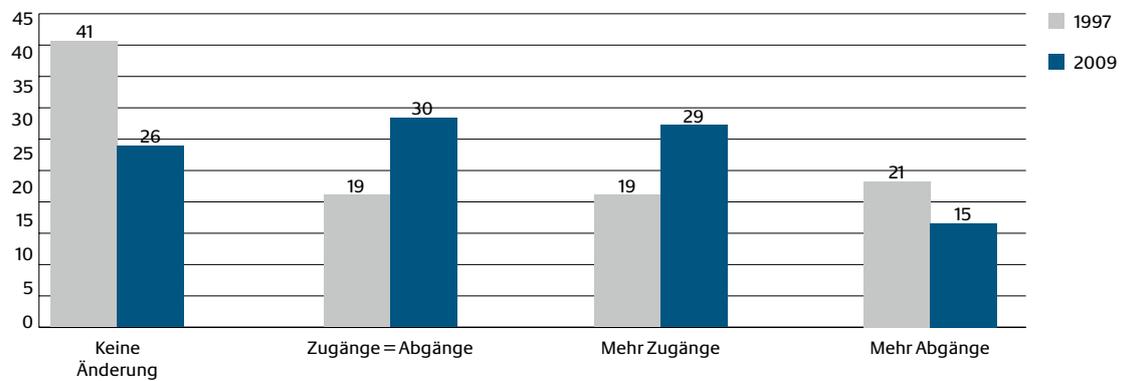
Bezogen auf das nicht examinierte Pflegepersonal haben 26 Prozent der Einrichtungen angegeben, dass es 2009 keine Änderungen beim Personal gegeben hat. Bei der Interpretation dieser Zahl ist allerdings zu beachten, dass auch die Heime enthalten sind, die zum Befragungszeitpunkt keine Pflegekräfte ohne Examen beschäftigt haben. Ihr Anteil an allen Einrichtungen beträgt 14 Pro-

zent. Würde man diesen Teil der Einrichtungen unberücksichtigt lassen, so wäre der Anteil der Einrichtungen, bei denen weder Neueinstellungen noch Abgänge zu verzeichnen sind, erheblich niedriger und würde unter dem entsprechenden Anteil für die examinierten Pflegekräften liegen.

In 30 Prozent aller Einrichtungen war 2009 die Zahl der Neueinstellungen und der Abgänge identisch und damit auch die Zahl der nicht examinierten Pflegekräfte am Jahresbeginn und am Jahresende. 29 Prozent der Einrichtungen haben mehr Pflegekräfte ohne Examen eingestellt als ausgeschieden sind, und in 15 Prozent der Einrichtungen hat sich die Zahl der nicht examinierten Pflegekräfte im Jahresablauf verringert.

Der Anteil der Einrichtungen, in denen weder Pflegekräfte ohne Examen eingestellt wurden noch ausgeschieden sind, war 1997 noch 15 Prozentpunkte höher als 2009. Daneben ist bemerkenswert, dass der Anteil der Einrichtungen, bei denen die Zahl der Neueinstellungen höher ist als die der Abgänge, 2009 höher ist als 1997. 1997 wiederum war der Anteil der Einrichtungen, die mehr Abgänge als Zugänge zu verzeichnen hatten, höher als 2009. Der im Vergleich mit 1997 stärkere Ausbau des nicht examinierten Pflegepersonals mag zumindest teilweise durch den Pflegekräftemangel und ein Ausweichen auf weniger qualifiziertes Personal bedingt sein. Ein anderer Grund könnte die zunehmende Teilzeittätigkeit sein, die eine Erhöhung der Zahl der Beschäftigten erforderlich machte.

Abb. 4.30 Entwicklung der Zahl der nicht examinieren Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1997 und 2009 (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Tab. 4.23 Entwicklung der Zahl der nicht examinieren Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2009 nach Einrichtungsgröße (%)

	Zahl der Bewohner			Einrichtungen insgesamt
	unter 50	50 bis unter 100	100 und mehr	
Keine Änderung	37	21	19	26
Zugänge = Abgänge	32	31	27	30
Mehr Zugänge	22	33	31	29
Mehr Abgänge	9	15	23	15

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

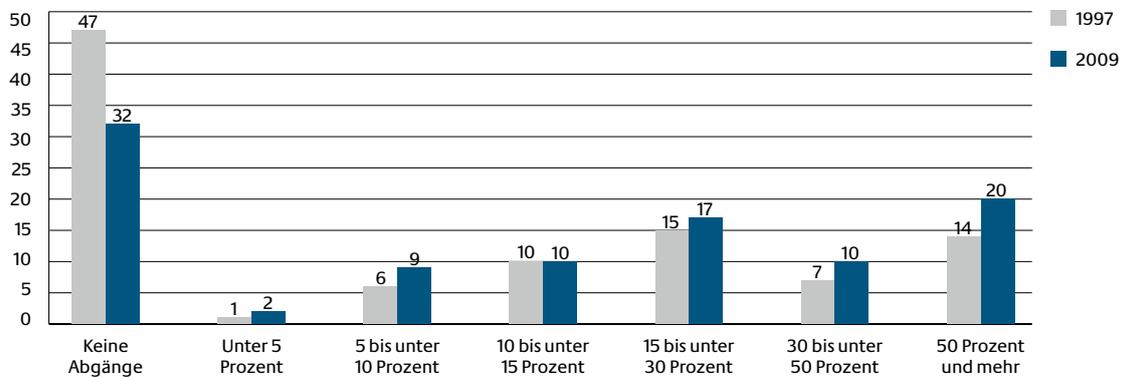
Der Anteil der Einrichtungen, die weder nicht examinierte Pflegekräfte eingestellt haben noch bei denen nicht examinierte Pflegekräfte ausgeschieden sind, ist wie beim examinierten Personal auch hier in den kleinen Heimen überdurchschnittlich hoch.

Die nachfolgend dargestellte Fluktuation bezieht sich nur auf die Einrichtungen, die zum Zeitpunkt der Befragung nicht examiniertes Pflegepersonal beschäftigt haben. Dies sind 2009 86 Prozent der Einrichtungen. Wie bereits bei dem examinierten Pflegepersonal wird auch hier die Fluktuation als das Verhältnis der Pflegekräfte, die die Einrichtung im Jahr 2009 bzw. 1997 verlassen haben, zur Zahl der Pflegekräfte zum Erhebungszeitpunkt definiert.

32 Prozent der Einrichtungen mit nicht examiniertem Pflegepersonal haben im Jahr 2009 keine Abgänge von Pflegekräften ohne Examen berichtet. Dieser Anteil ist

höher als bei den examinierten Pflegekräften. Auf der anderen Seite haben aber 30 Prozent der Einrichtungen eine Fluktuation von 30 Prozent und mehr bei den nicht examinierten Pflegekräften berichtet, während es bezogen auf die examinierten Pflegekräfte nur 10 Prozent sind. Beides hängt jedoch nicht zuletzt damit zusammen, dass in den Pflegeeinrichtungen weitaus weniger Pflegekräfte ohne Examen als mit Examen beschäftigt sind. Bezogen auf alle Pflegekräfte einschließlich der Pflegekräfte in Ausbildung beträgt der Anteil des nicht examinierten Personals lediglich 24 Prozent. Dies verringert einerseits die Wahrscheinlichkeit, dass überhaupt eine Pflegekraft die Einrichtung verlässt und führt andererseits dazu, dass ein Weggang prozentual stärker ins Gewicht fällt. Wenn eine Einrichtung z. B. nur vier nicht examinierte Pflegekräfte beschäftigt und davon zwei im Laufe des Jahres die Einrichtung verlassen, so entspricht dies bereits einer Fluktuation von 50 Prozent.

Abb. 4.31 Fluktuation bei den nicht examinieren Pflegekräften in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1997 und 2009 (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Die im Vergleich zu den examinieren Pflegekräften insgesamt höhere Fluktuation mag aber auch dadurch bedingt sein, dass un- oder angelernte Kräfte häufiger bereits zu Beginn ihrer Beschäftigung feststellen, dass die Tätigkeit nicht ihren Vorstellungen entspricht, und die Einrichtung wieder verlassen.

Der Vergleich im Zeitablauf zeigt, dass die Personalsituation auch bei den nicht examinieren Pflegekräften in den Heimen 1997 noch stabiler war. In 47 Prozent der Einrichtungen, die zum Erhebungszeitpunkt nicht examinierte Pflegekräfte beschäftigt haben, gab es 1997 keinerlei Fluktuation bei den Pflegekräften ohne Examen. Gründe für den Anstieg der Fluktuation könnten insbesondere der Anstieg der Zahl der Pflegekräfte, aber auch der Anstieg des Anteils der Teilzeitbeschäftigten in den Einrichtungen im Zeitablauf sein.

Seit 1997 ist nicht nur der Anteil der Einrichtungen gestiegen, die überhaupt eine Fluktuation der nicht examinieren Pflegekräfte berichten, sondern es ist insbesondere der Anteil der Einrichtungen mit einer relativ hohen Fluktuation gestiegen. Während 2009 30 Prozent der Einrichtungen eine Fluktuation von 30 Prozent und mehr berichten, waren es 1997 erst 21 Prozent. Dies könnte mit dem Anstieg der Teilzeitbeschäftigten und einer in dieser Gruppe etwas geringeren Bindung an den Arbeitgeber zusammenhängen.

Der Anteil der Einrichtungen, in denen 2009 keine Abgänge nicht examinieren Pflegekräfte zu verzeichnen waren, ist in den kleinen Heimen mit 48 Prozent erwartungsgemäß überdurchschnittlich hoch. Dasselbe gilt für den Anteil unter den kleinen Heimen, bei denen 50 Pro-

zent oder mehr der nicht examinieren Pflegekräfte die Einrichtung verlassen haben. Diese Effekte beruhen im Wesentlichen darauf, dass in kleinen Einrichtungen nur eine geringe Zahl von nicht examinieren Pflegekräften beschäftigt werden.

Gewalt in der Pflege

Das Thema „Gewalt in der Pflege“ – sei es durch pflegende Angehörige oder auch professionelle Pflegekräfte – ist bedingt durch öffentlich gewordene Einzelfälle zunehmend in den Blickpunkt gerückt. Aus diesem Grund wurde auch erfragt, ob sich die vollstationären Pflegeeinrichtungen in den letzten 12 Monaten von Beschäftigten trennen mussten, die gegenüber den betreuten Pflegebedürftigen gewalttätig geworden sind. Der Begriff „gewalttätig“ wurde dabei ausdrücklich nicht nur auf körperliche Gewalt beschränkt, sondern umfasste auch verbale und psychische Gewalt. Neun Prozent der Einrichtungen haben die Frage bejaht. Dies zeigt einerseits, dass Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen zumindest in einem Teil der Einrichtungen kein Tabuthema ist und dass bei unangemessenem Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen die notwendigen Konsequenzen gezogen werden. Auf der anderen Seite zeigt dieses Ergebnis aber auch, wie notwendig es ist, die Einrichtungen für das Problem der Gewaltanwendung durch Pflegekräfte zu sensibilisieren und im Hinblick auf präventive Maßnahmen zu schulen. Auch Supervisionsangebote können helfen, kritische Situationen im Arbeitsalltag zu bewältigen, und so einen Beitrag zur Vermeidung von Gewalt leisten.

Ein Situationsmerkmal, das die Ausübung von physischer, psychischer oder verbaler Gewalt unter Umständen begünstigen kann, ist eine Überforderung der Pflege-

Tab. 4.24 Fluktuation der nicht examinieren Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2009 nach Einrichtungsgröße (%)

	Zahl der Bewohner			Einrichtungen insgesamt
	unter 50	50 bis unter 100	100 und mehr	
Keine Abgänge	48	26	20	32
unter 5 Prozent	–	1	4	2
5 b. u. 10 Prozent	4	9	18	9
10 b. u. 15 Prozent	3	12	17	10
15 b. u. 30 Prozent	7	24	19	17
30 b. u. 50 Prozent	6	13	10	10
50 Prozent und mehr	32	15	12	20

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

kraft. Im Rahmen der bewohnerbezogenen Erhebung wurden die Auskunft gebenden Personen nicht zuletzt vor diesem Hintergrund auch danach gefragt, wie zufrieden sie mit ihrer Tätigkeit sind, wie stark sie sich durch ihre Tätigkeit belastet fühlen und ob sie in manchen Situationen das Gefühl haben, dass die Anforderungen ihre Kräfte überschreiten. Betrachtet man an dieser Stelle den Personenkreis, der überwiegend mit der Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner beschäftigt ist, also die Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen, die Altenpflegerinnen und Altenpfleger sowie die Altenpflegehelfer und -helferinnen⁴⁰, so zeigt sich, dass immerhin neun Prozent häufig und weitere 65 Prozent manchmal das Gefühl haben, dass die Anforderungen ihre Kräfte überschreiten. Fünf Prozent sind durch ihre Tätigkeit sehr stark und weitere 40 Prozent eher stark belastet. Trotz dieser Einschätzungen geben immerhin 91 Prozent an, dass sie mit ihrer derzeitigen Tätigkeit sehr (42 Prozent) oder zumindest eher (49 Prozent) zufrieden sind und 85 Prozent berichten, dass ihr Verhältnis zu der betreuten Person sehr entspannt oder doch meistens entspannt ist.

Allerdings gibt es auf der anderen Seite auch acht Prozent der Pflegekräfte,

- die häufig oder manchmal das Gefühl haben, dass die Anforderungen ihre Kräfte überschreiten,
- die sich gleichzeitig sehr oder eher stark durch ihre Tätigkeit belastet fühlen und
- die sehr oder zumindest eher unzufrieden mit ihrer Tätigkeit sind.

Diese Kombination aus Belastung bis hin zur Überforderung bei gleichzeitiger Unzufriedenheit mit der Tätigkeit kann, gerade wenn sie dauerhaft besteht, in Einzelfällen zu einem unangemessenen Verhalten gegenüber den Pflegebedürftigen führen. Hier gilt es, von Seiten der Pflegedienstleitung achtsam zu sein und in einem Gespräch mit den Betroffenen zu klären, wie sich die Arbeitssituation verbessern lässt und ob gegebenenfalls ein Tätigkeitswechsel notwendig ist.

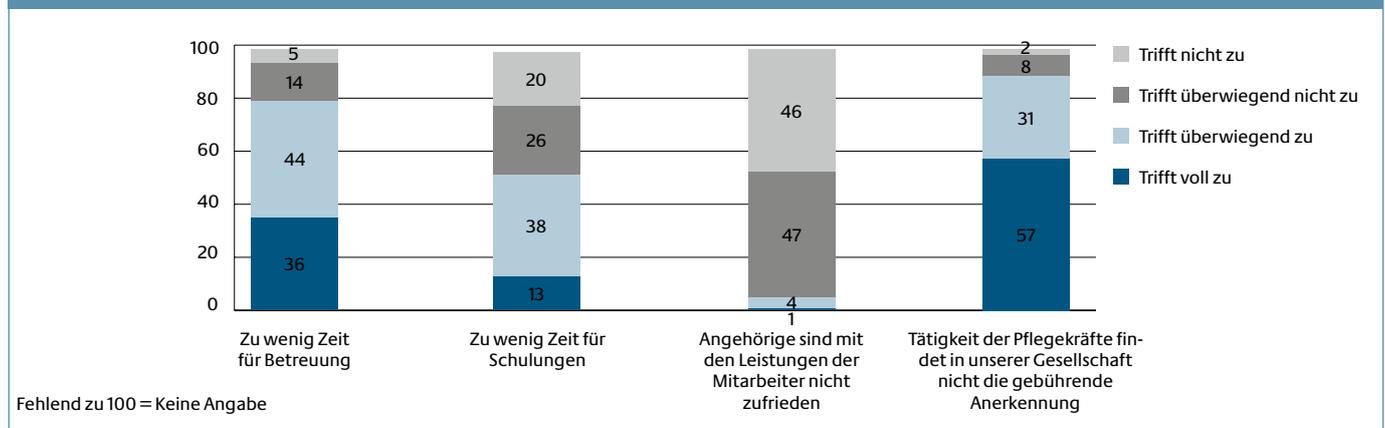
4.4.2 Personalprobleme aus Sicht der Einrichtungen

Die Heimleitungen hatten im Fragebogen die Gelegenheit, anhand von vier Aussagen (siehe Abb. 4.32) die gegenwärtige Situation der Beschäftigten in der Pflege zu beurteilen. Ferner bestand abschließend die Möglichkeit, die größten Probleme in der Einrichtung, die im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung stehen, zu skizzieren. Dies wurde nicht zuletzt genutzt, um auf Probleme hinzuweisen, von denen insbesondere die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege betroffen sind (siehe Abschnitt 4.5.4.).

Auch wenn sich die Betreuungsrelation im Vergleich zu 1998 etwas verbessert hat, so sind doch knapp vier Fünftel der Heimleitungen der Meinung, dass den Beschäftigten zu wenig Zeit für die Betreuung der Pflegebedürftigen bleibt. Gut die Hälfte von ihnen ist der Ansicht, dass die Zeit für Schulungsmaßnahmen nicht ausreicht.

⁴⁰ Pflegedienstleitungen wurden an dieser Stelle nicht einbezogen.

Abb. 4.32 Situation des Personals in vollstationären Pflegeeinrichtungen (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Angehörige, die mit den Leistungen der Beschäftigten nicht zufrieden sind, zählen nach Ansicht der Heimleitungen zur absoluten Minderheit. Wesentlich kritischer sehen die Heimleitungen das Ansehen der Pflegekräfte in der Gesellschaft. 88 Prozent von ihnen sind der Meinung, dass die Tätigkeit der Pflegekräfte in unserer Gesellschaft nicht die gebührende Anerkennung findet. Insgesamt fällt auf, dass die Situation der Beschäftigten von den Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft noch einmal kritischer beurteilt wird als von denen in privater Trägerschaft. Auch in den alten Bundesländern werden die Probleme im Vergleich zu den neuen Ländern als gravierender beurteilt.

Anerkennung und Berufsprestige haben, wie bereits in Abschnitt 3.4.3. für den ambulanten Bereich ausgeführt, eine starke finanzielle Dimension. Ohne eine Steigerung der Vergütung wird sich auch das gesellschaftliche Berufsprestige in der Altenpflege nicht steigern lassen. Mehr Zeit für die Betreuung bedeutet auch hier mehr (refinanzierbares) Personal.

4.5. Wirtschaftliche Situation

4.5.1. Heimentgelte

Im Rahmen der Repräsentativerhebung wurden für das Jahr 2010 folgende tägliche Pflegesätze und Entgelte ermittelt, die den Bewohnerinnen und Bewohnern in Abhängigkeit von deren Pflegestufe in Rechnung gestellt werden (gerundete Ergebnisse). Pflegeklasse 0: 35 Euro, Pflegeklasse I: 48 Euro, Pflegeklasse II: 61 Euro, Pflegeklasse III: 76 Euro. Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von täglich 20 Euro, sowie gegebenenfalls zusätzlich in Rechnung gestellte Investitionskosten nach § 82 Abs. 2 bis 4 SGB XI in Höhe von 13 Euro und gegebenenfalls gesondert abrechnungsfähige Zusatzleistungen nach § 88 Abs. 1 SGB XI in Höhe von 13 Euro. Der mit der Pflegereform 2008 eingeführte Vergütungszuschlag für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf nach § 87b SGB XI beläuft sich auf täglich etwa 4 Euro.

Die in Rechnung gestellten Pflegesätze werden im Rahmen der sog. Pflegesatzverhandlungen zwischen den Trägern des Pflegeheimes und den Leistungsträgern festgelegt (§ 85 SGB XI). In der Regel geschieht dies landesweit oder regional im Rahmen von Pflegesatzkommissionen (§ 86 SGB XI). Entsprechend streuen die in Rechnung gestellten Pflegesätze und Entgelte regional nach Bundesländern (zwischen Ost und West aber innerhalb der alten und neuen Länder), wobei größere Einrichtungen in der Regel etwas höhere Entgelte in Rechnung stellen. In Pflegeklasse I betragen die Entgelte pro Tag in den alten Bundesländern im Durchschnitt 50 Euro, in den neuen Bundesländern 39 Euro. In Pflegeklasse II sind es 64 Euro

**Tab. 4.25 Pflegekosten in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998 und 2010
(Durchschnitt pro Tag, Euro gerundet)**

	1998	2010	Veränderung 1998 auf 2010
Sog. Pflegeklasse 0	26	35	34,6%
Pflegeklasse I	39	48	23,1%
Pflegeklasse II	48	61	27,1%
Pflegeklasse III	63	76	20,6%
Zuschlag Erhebl. Betreuungsbedarf	–	4	–
Unterkunft und Verpflegung	18	20	11,1%
Sofern vorhanden			
Investitionskosten	9	13	44,4%
Gesonderte Zusatzleistungen	6	13	116,7%

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

im Vergleich zu 50 Euro und in Pflegeklasse III 79 Euro im Vergleich zu 63 Euro. Der Vergütungszuschlag bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf unterscheidet sich hingegen kaum (4 Euro in den alten Ländern im Vergleich zu 3 Euro in den neuen Ländern). In Pflegeklasse 0 werden hingegen 35 Euro im Vergleich zu 30 Euro berechnet. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung belaufen sich in den alten Bundesländern auf 21 Euro und in den neuen Ländern auf 16 Euro. Bei den Investitionskosten sind es 14 Euro im Vergleich zu 10 Euro und gesondert berechnungsfähige Zusatzleistungen kosten in den alten Ländern durchschnittlich 15 Euro und in den neuen Ländern 6 Euro pro Tag.

Von der Pflegeversicherung pauschal im Sinne eines Zuschusses zu den pflegebedingten Kosten erstattet werden bei Pflegestufe I maximal 33,65 Euro pro Tag (1.023 Euro pro Monat), in Pflegestufe II maximal 42,07 Euro pro Tag (1.279 Euro pro Monat) und in Pflegestufe III maximal 49,67 Euro pro Tag (1.510 Euro pro Monat).⁴¹ Die sonstigen Entgelte haben die pflegebedürftigen Personen oder gegebenenfalls deren Angehörige selber zu tragen.

Im Vergleich zu den für 1998 ermittelten Ergebnissen sind die Pflegesätze in den Pflegeklassen I bis III zwischen 21 und 27 Prozent angestiegen. Der Anstieg bei den Verbraucherpreisen belief sich im gleichen Zeitraum auf 17,3 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2010d). Die Leistungen

der Pflegeversicherung sind hingegen im vollstationären Bereich in den Pflegestufen I und II seitdem gar nicht und in der Pflegestufe III erst im Jahre 2008 um 5,4 Prozent von 1.432 Euro auf 1.510 Euro pro Monat erhöht worden.

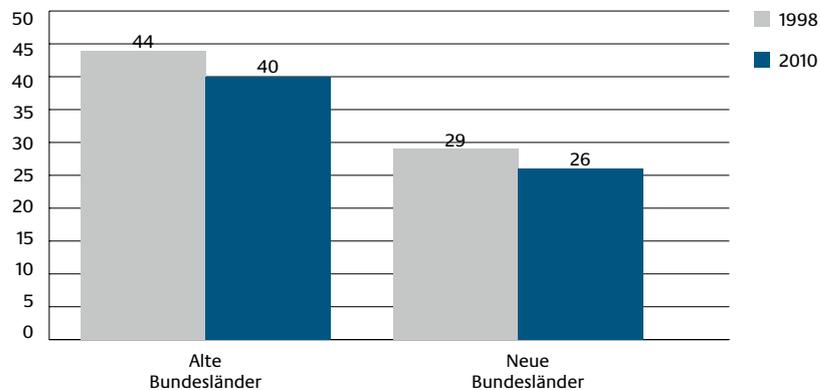
Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind im Vergleich zu 1998 um etwa 11 Prozent gestiegen. Der Anstieg bei den Investitionskosten um mehr als 40 Prozent ist allerdings nur bedingt vergleichbar. Wurde 1998 noch jedes zweite Heim mit öffentlichen Mitteln für Gebäude und abschreibungsfähige Anlagegüter gefördert, so sind es heute nur noch 11 Prozent der Einrichtungen, die ganz und weitere 31 Prozent die teilweise öffentliche Mittel bekommen. Dementsprechend gestiegen sind die den Pflegebedürftigen gemäß § 82 Abs. 2 bis 4 in Rechnung stellbaren Investitionskosten. Ähnliches gilt für die gesondert abrechnungsfähigen Zusatzleistungen, die nur in 13 Prozent der Heime angeboten werden.

4.5.2. Sozialhilfebezug

Nicht alle Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen können die selbst zu tragenden Kosten aus eigenen Mitteln finanzieren. 37 Prozent derjenigen mit Pflegestufe I bis III sind nach der bewohnerbezogenen Erhebung hierzu auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen. Der Anteil ist in den alten Bundesländern mit 40 Prozent nach wie vor höher als in den neuen Bundesländern mit 26 Prozent. Ursächlich hierfür ist, dass die Leistungen der Pflegeversicherung bundesweit einheitlich hoch sind, während die Pflegesätze in den neuen Bundesländern

⁴¹Für Härtefälle (max. 5% der Bewohner mit Pflegestufe III) werden maximal 60,03 Euro (1.825 Euro pro Monat) erstattet.

Abb. 4.33 Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III mit Sozialhilfebezug in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998 und 2010 (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

nach wie vor etwas geringer sind ausfallen, als in den alten Ländern. Im Vergleich zu 1998 ist sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern ein leichter Rückgang der Sozialhilfequoten zu beobachten. Das ursprüngliche Ziel der Pflegeversicherung, den Anteil der Sozialhilfeabhängigkeit im Falle von Pflegebedürftigkeit substantiell zu verringern, ist allerdings im vollstationären Bereich nach wie vor nicht realisiert worden.

Die Sozialhilfestatistik 2007 weist für die Pflegestufen I bis III rund 160.000 Bezieher von Leistungen der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen aus. Hinzu kommen die rund 16.600 Empfänger von Hilfe zur Pflege aus der Kriegsopferfürsorge (Mittelwert aus 2006 und 2008, ohne Beihilfen für häusliche Pflege). Bezogen auf die rund 661.700 Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis III, die nach der amtlichen Pflegestatistik 2007 dauerhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen lebten, ergibt sich eine Sozialhilfequote von 27 Prozent. Dieser im Vergleich niedrigere Wert hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass der in der Repräsentativerhebung verwendete Begriff „Sozialhilfe“ die Hilfe zur Pflege nicht trennscharf erfasst, sondern dass zur Sozialhilfe vermutlich weitere Sozialtransfers, wie z. B. Wiedereingliederungshilfe bei jüngeren Pflegebedürftigen oder Pflegegeld gezählt wurden.

Eine Ausweisung der Sozialhilfequoten für Wohnfälle ohne Pflegebedarf sowie für die sogenannten Härtefälle ist aufgrund der geringen absoluten Fallzahlen in der Stichprobe nicht möglich. Auch die Zahl derjenigen mit Pflegestufe 0 kann nicht nach alten und neuen Bundesländern differenziert werden. Insgesamt beziehen 52 Prozent derjenigen mit Pflegestufe 0 Sozialhilfe. Der Anteil

ist deutlich höher als bei Leistungsbeziehern mit Pflegestufe I bis III. Der Befund ist aber, trotz der auch in diesem Fall vergleichsweise geringen Fallzahlen in der Stichprobe, durchaus plausibel, da Personen mit Pflegestufe 0 zwar grundpflegerische Leistungen und Betreuung benötigen, der Bedarf allerdings zu gering ist, als dass sie in Pflegestufe I eingruppiert werden könnten. Daher beziehen sie keine Leistungen der Pflegeversicherung und müssen die Kosten für die Pflege alleine tragen.

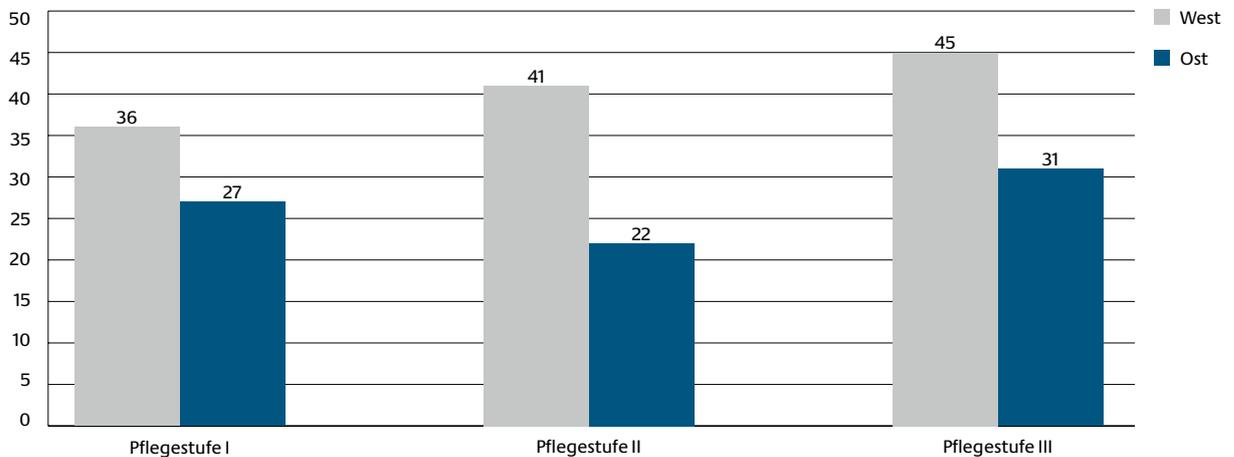
4.5.3 Wartelisten und Kapazitätsentwicklungen

Der Anteil der vollstationären Pflegeeinrichtungen, die eine Warteliste führen, ist seit 1998 von 62 auf 56 Prozent zurückgegangen. Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft und Pflegeheime in den neuen Bundesländern führen überdurchschnittlich häufig Wartelisten. Die Größe hat dagegen fast keinen Einfluss darauf, ob eine Warteliste geführt wird.

Im Durchschnitt standen 1998 noch 36 Personen auf der Warteliste, zum Zeitpunkt der aktuellen Erhebung waren es 18. Allerdings gab es in 10 Prozent der Einrichtungen auch Wartelisten mit 50 oder mehr Personen. Diejenigen, die auf einer Warteliste stehen, erhalten im Durchschnitt bereits nach einer Wartezeit von vier Monaten einen Heimplatz. Lediglich in fünf Prozent der Heime beträgt die Wartezeit mindestens 10 Monate.

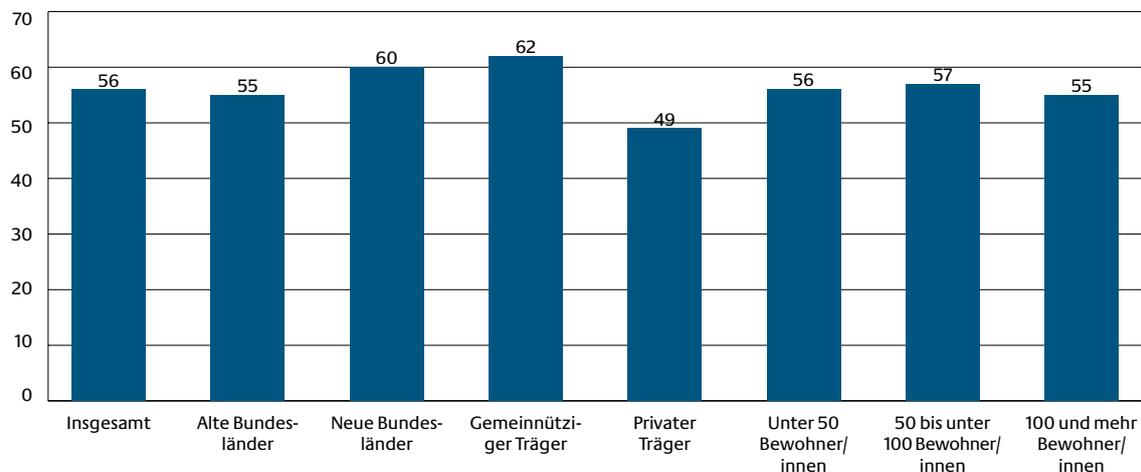
Die Entscheidung der Heime darüber, ob sie eine Erweiterung der Platzkapazitäten planen, hängt nicht zuletzt von der voraussichtlichen Entwicklung der Nachfrage nach Heimplätzen ab. Die bestehenden Wartelisten sind

Abb. 4.34 Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit Sozialhilfebezug nach Pflegestufe und alten und neuen Bundesländern (%)



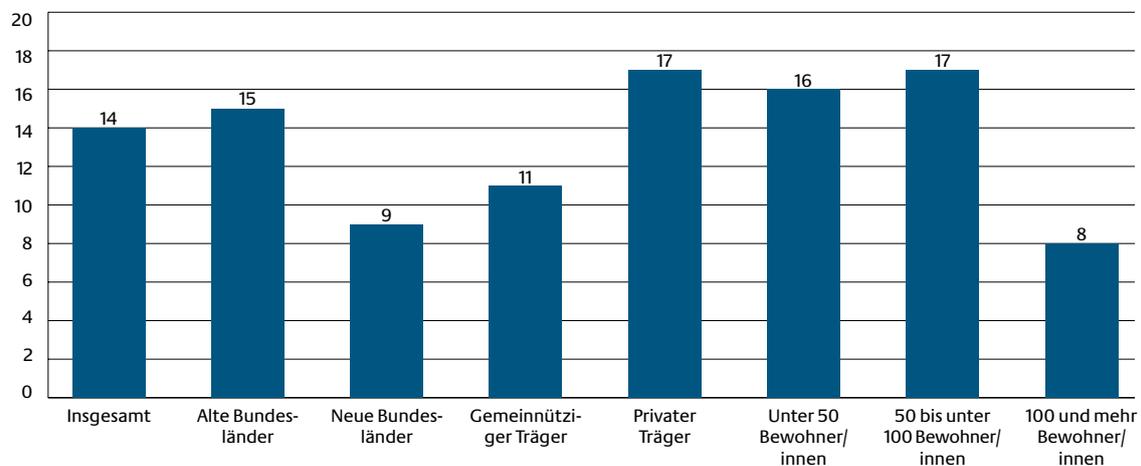
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, TNS Infratest Sozialforschung 2010

Abb. 4.35 Vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit Warteliste nach Einrichtungsart (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

hier ein erster, wenngleich eher kurzfristiger Indikator. Wie bereits 1998 planen auch aktuell 14 Prozent der Heime, in den nächsten drei Jahren die Platzkapazitäten im vollstationären Bereich zu erweitern. 76 Prozent schließen eine Erweiterung aus und 10 Prozent der Einrichtungen sind noch unentschieden. Der Anteil der Einrichtungen, die in den nächsten drei Jahren eine Erweiterung der Platzkapazitäten planen, ist bei Einrichtungen in privater Trägerschaft und bei kleinen und mittleren Einrichtungen überdurchschnittlich hoch. Große Einrichtungen planen mit acht Prozent hingegen relativ selten eine Erweiterung der Platzkapazitäten. Gleiches gilt für Einrichtungen in den neuen Bundesländern.

Abb. 4.36 Geplante Erweiterung der Platzkapazitäten in der vollstationären Pflege nach Einrichtungsart (%)

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Eine Erweiterung der Plätze für betreutes Wohnen planen sechs Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen, eine Erweiterung der Plätze in der Kurzzeitpflege und im teilstationären Bereich haben jeweils fünf Prozent vorgesehen.

Eine geplante Erweiterung der Platzkapazitäten geht überwiegend einher mit einer geplanten Einstellung von zusätzlichem Personal. 80 Prozent der Einrichtungen, die in den nächsten drei Jahren eine Erweiterung der Platzkapazitäten planen, wollen zusätzliches Personal einstellen. Doch auch von den Einrichtungen, die keine zusätzlichen Plätze einrichten wollen, planen 29 Prozent, das bestehende Personal aufzustocken. Insgesamt planen 39 Prozent der vollstationären Einrichtungen für die nächsten drei Jahre die Einstellung von zusätzlichem Personal.

4.5.4. Probleme aus Sicht der Einrichtungen

Am Ende der Befragung konnten die Einrichtungsleitungen die größten Probleme, die in einem direkten Zusammenhang mit der Pflegeversicherung stehen, benennen. Mit Abstand am häufigsten wurde die Gelegenheit genutzt, um auf die zunehmenden Dokumentationsanforderungen hinzuweisen. Fast ein Drittel der Einrichtungen beklagt explizit, dass hierfür ein großer Teil der zur Verfügung stehenden Zeit aufgewendet werden müsse. Diese Zeit fehle dann bei der Pflege und Betreuung, da der zunehmende Dokumentationsaufwand nicht bei der Festlegung der Personalschlüssel berücksichtigt wurde, und verstärkte den Druck auf die Pflegekräfte. Das Ausmaß der geforderten Dokumentation kann häufig nicht nach-

vollzogen werden und vielfach wurde der dringende Wunsch nach einem Abbau der Bürokratie geäußert. Kritisiert wurde in dem Zusammenhang auch die Diskrepanz zwischen einem Teil der theoretischen Anforderungen aus Gesetzen, Verordnungen, Qualitätsmanagement-Richtlinien u. ä. und der Situation in der Praxis.

Weitere häufig genannte Probleme sind die grundsätzlich zu geringen Personalschlüssel, die den Aufwand in der Pflege und Betreuung nicht angemessen berücksichtigen, und die zu knapp bemessenen Pflegezeiten. Beides führt dazu, dass der Zeitdruck für die Pflegekräfte sehr hoch ist und kaum Zeit für eine ganzheitliche und individuelle Betreuung der Pflegebedürftigen bleibt, die auch psychosoziale Aspekte berücksichtigt. Diese Situation wird sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für die Pflegekräfte als sehr unbefriedigend wahrgenommen.

Darüber hinaus haben neun Prozent der Einrichtungsleitungen explizit auf einen Fachkräftemangel hingewiesen. In diesem Zusammenhang, aber auch an anderer Stelle werden die niedrigen Gehälter in der Pflege kritisiert, zumal die (Qualitäts-)Anforderungen an das Pflegepersonal und die Belastungen durch den zunehmenden Zeitdruck ständig steigen.

Kritik wurde oft auch an der Einstufungspraxis des MDK geäußert. Konkret wurde genannt, dass die Einstufungen nicht dem tatsächlichen Bedarf entsprechen und dass es oft zu lange dauert, bis eine Einstufung erfolgt.

Tab. 4.26 In vollstationären Pflegeeinrichtungen geplante Einstellungen von zusätzlichem Personal in den nächsten drei Jahren (%)

	Insgesamt	Einrichtungen mit geplanter Erweiterung der Platzkapazitäten	Einrichtungen ohne geplanter Erweiterung der Platzkapazitäten
Ja	39	80	29
Nein	26	6	31
Noch offen	32	10	37
Keine Angabe	3	4	3

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010

Im Hinblick auf den Leistungsumfang wurde häufig festgestellt, dass die Leistungen für spezielle Gruppen, wie z. B. Pflegebedürftige mit Demenz und anderen psychischen Beeinträchtigungen, nicht ausreichend sind. Die zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI seien da nur „ein Tropfen auf den heißen Stein“.

4.6 Zusammenfassung

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008

Im Bereich der vollstationären Pflege zielen die Maßnahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vor allem auf die Sicherstellung der Qualität der Versorgung.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass mit den verschiedenen **Expertenstandards** im Bereich der Pflege inzwischen bundesweit anerkannte Qualitätsstandards vorliegen, die nach Auskunft der Einrichtungsleitungen in so gut wie allen vollstationären Pflegeeinrichtungen Anwendung finden.

Ein wesentlicher Punkt besteht dabei in der Sicherstellung des Vorrangs von **Prävention und Rehabilitation**. In zum Teil weit über 80 Prozent der Einrichtungen werden u. a. Krankengymnastik und Bewegungstherapie, Kraft- und Balancetraining, Gedächtnis- und Orientierungstraining sowie Kontinenz- bzw. Toilettentraining angeboten. 86 Prozent der Pflegebedürftigen haben in den letzten 12 Monaten Heilmittel erhalten. Entsprechende Empfehlungen vom MDK bzw. einem Arzt oder einer Ärztin haben 55 Prozent der Pflegebedürftigen erhalten. Die Empfehlungen wurden überwiegend und auch vergleichsweise zeitnah umgesetzt. Komplexe und aufeinander abgestimmte (ambulante oder stationäre)

Rehabilitationsmaßnahmen werden allerdings nach wie vor nur einer kleinen Minderheit der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen verordnet.

Üblicherweise erfolgt die medizinische Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner nach wie vor durch niedergelassene Ärzte. Inzwischen nehmen dabei aber zwei Drittel der Einrichtungen ggf. zusätzlich einen gerontopsychiatrischen Konsiliardienst in Anspruch. Die im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 vorgesehene ärztliche Versorgung durch explizite Vereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten oder durch **Kooperationsverträge** mit Fachärzten wurde bislang erst von einer Minderheit der Einrichtungen umgesetzt.

Als besonders wirksam hat sich die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ermöglichte zusätzliche Einstellung von Betreuungskräften für Bewohner mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf erwiesen. 90 Prozent der Pflegeheime, in denen Personen mit anerkannter eingeschränkter Alltagskompetenz leben, setzen **zusätzliche Betreuungskräfte** nach § 87b SGB XI ein. Auch die hierbei vorgegebene Relation von einer zusätzlichen Betreuungskraft pro 25 Bewohner mit erheblichem Betreuungsbedarf ist weitestgehend ausgeschöpft.

73 Prozent der Pflegebedürftigen, die eine **gleichgeschlechtliche Pflege** wünschen, werden ausschließlich durch Angehörige ihres Geschlechts gepflegt. Zum Teil lässt sich eine gleichgeschlechtliche Pflege jedoch nicht ausschließlich, sondern nur überwiegend realisieren. Eine überwiegende Pflege durch Pflegekräfte des anderen Geschlechts ist die Ausnahme.

Der im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes 2008 angestrebte **Bürokratieabbau**, der nicht zuletzt

dazu beitragen sollte, dass mehr Zeit für die Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner zur Verfügung steht, konnte aus Sicht vieler Einrichtungen bislang allerdings nicht realisiert werden. Es wird im Gegenteil der zunehmende Dokumentations- und Verwaltungsaufwand beklagt. Die ebenfalls mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz neu gefasste Pflege-Transparenz-Vereinbarung war gemäß der Ausschreibung kein expliziter Bestandteil der Erhebung. Die vorliegenden Befunde zeigen allerdings, dass ein nicht unerheblicher Teil der geäußerten Kritikpunkt auf die hierbei vorgegebenen Dokumentationsanforderungen zurück gehen.

Änderungen im Vergleich zu 1998/99

Seit der letzten Erhebung 1998/99 haben die Pflegeeinrichtungen ihr Angebot an therapeutischen Maßnahmen sowie sozialen Aktivitäten und Betreuungsangeboten ausgeweitet. Verbessert hat sich auch die Wohnsituation der Pflegebedürftigen: 69 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner leben in Ein-Bett-Zimmern bzw. Appartements, 1998/99 waren es erst 50 Prozent.

Die Bewohnerinnen und Bewohner der vollstationären Pflegeeinrichtungen sind überwiegend pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI. Personen, die ausschließlich in der Einrichtung wohnen oder zur sogenannten Pflegestufe 0 zählen, machen nur vier Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner aus. 1998 waren es noch 17 Prozent. Diese Entwicklung ist auf ein zunehmendes Angebot an eigenständigen betreuten Wohnformen zurückzuführen, die dem ambulanten Sektor zuzuordnen sind.

Das Alter der Bewohnerinnen und Bewohner ist mit im Schnitt 82 Jahren im Vergleich zu 81 Jahren in 1998/99 nur leicht angestiegen. Die Verweildauer in Pflegeeinrichtungen streut nach wie vor stark und ist in der Tendenz leicht rückläufig. Im Durchschnitt lässt sich ein Zeitraum von 31 Monaten ermitteln.

Die Zahl der Pflegekräfte (in Vollzeit) je 100 Bewohnerinnen und Bewohner ist seit 1998/99 von 32,1 auf 44,9 gestiegen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich durch die Änderungen in der Struktur der Bewohnerinnen und Bewohner der durchschnittliche Betreuungsaufwand erhöht hat. Geringe Verbesserungen sind auch bei der Fachkraftquote zu verzeichnen. Allerdings erfüllen nach wie vor etwa 30 Prozent der Einrichtungen nicht die Vorgabe der Heimpersonalverordnung, nach der die Fachkraftquote mindestens 50 Prozent betragen soll.

Das Problem der Personalfuktuation hat im Kontext der vollzogenen Ausweitung der Zahl der Pflegekräfte sowohl bei den examinierten als auch bei den nicht examinierten Pflegekräften zugenommen. Ursächlich hierfür sind neben belastenden Arbeitsbedingungen auch strukturelle Faktoren, in Gestalt des Fach- und Arbeitskräftekräftemangels sowie des wachsenden Anteils Teilzeitbeschäftigter.

Ausblick und Bewertungen der Leitungen der Einrichtungen

14 Prozent der Einrichtungen planen, ihre Platzkapazitäten in der vollstationären Pflege in den nächsten drei Jahren auszuweiten und 39 Prozent haben vor, in diesem Zeitraum zusätzliches Personal einzustellen.

Daneben ist es aus Sicht vieler Einrichtungen wünschenswert,

- dass den Pflegekräften künftig mehr Zeit für die Pflege und Betreuung bleibt,
- dass der speziellen Pflegesituation von Demenzkranken und weiteren Gruppen mit einem erhöhten Betreuungsaufwand über die zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI hinaus Rechnung getragen wird,
- dass die Arbeit der Pflegekräfte in der Gesellschaft mehr Anerkennung findet und
- dass Pflegekräfte angemessen bezahlt werden, und dies nicht zuletzt im Hinblick auf einen zum Teil jetzt schon wahrgenommenen Fachkräftemangel.

Migrationshintergrund und Pflege

Rund neun Prozent der Pflegebedürftigen haben einen Migrationshintergrund. Für die Mehrheit von ihnen ist Deutsch ihre Muttersprache, so dass es mit dem deutschsprachigen Pflegepersonal keine Verständigungsschwierigkeiten gibt. Hierbei wird der größere Teil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund durch eine Pflegekraft betreut, die denselben kulturellen bzw. religiösen Hintergrund hat. Die Daten weisen aber auch darauf hin, dass es – wenngleich wenige – Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund gibt, deren Deutschkenntnisse für eine umfassende Verständigung mit dem deutschsprachigen Pflegepersonal nicht ausreichen und die nicht

mindestens durch eine Pflegekraft betreut werden, die ihre Muttersprache spricht. Diese Situation kann zu Missverständnissen führen und die Versorgung beeinträchtigen, und sie dürfte in der Regel für die pflegebedürftige Person belastend sein. Ziel sollte es sein, dass in allen vollstationären Pflegeeinrichtungen für die Pflegebedürftigen mindestens eine Pflegekraft zur Verfügung steht, die ihre Muttersprache spricht.

Pflegebedürftige, deren Muttersprache Deutsch ist, werden mehrheitlich und in der Regel durch mindestens eine Pflegekraft betreut, die dieselbe Muttersprache spricht. Bei einem kleineren Teil sind allerdings auch hin und wieder Pflegekräfte mit einer anderen Muttersprache tätig. Überwiegend sprechen diese Pflegekräfte so gut Deutsch, dass es keine Verständigungsprobleme gibt. Die Daten weisen allerdings darauf hin, dass es unter den Pflegekräften, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, einige wenige gibt, deren Deutschkenntnisse für eine problemlose Verständigung nicht ausreichen. Ziel sollte es sein, dass alle Pflegekräfte über gute Deutschkenntnisse verfügen und bei Bedarf entsprechende Deutschkurse besuchen.

Fazit

Im Bereich der vollstationären Versorgung hat das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz weitere Impulse zur Sicherung der Qualität der Versorgung gesetzt. Die überwiegende Umsetzung der Expertenstandards, die zunehmende Anwendung von Präventionsmaßnahmen in Form von Heilmitteln sowie eine seit 1998 gestiegene Inanspruchnahme gerontopsychiatrischer Konsiliardienste weisen darauf hin, dass die Impulse von den vollstationären Einrichtungen aufgenommen wurden. Die neuen Betreuungskräfte bieten darüber hinaus die Möglichkeit, neue personelle Ressourcen zur Verbesserung der Betreuung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz vorzuhalten. Aus der Sicht der Einrichtungen wird allerdings die nachhaltige Finanzierung der erforderlichen Pflegeinfrastruktur insbesondere hinsichtlich des vorzuhaltenden qualifizierten Personals als nach wie vor ungelöst betrachtet.

Anhang

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1	Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung	11
Tabelle 1.2	Amtliche Pflegestatistik: Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung	12
Tabelle 1.3	Amtliche Sozialhilfestatistik: Entwicklung der Sozialhilfe – Hilfe zur Pflege (§§ 68,69 BSHG / § 61 SGB XII und § 26c BVG, Kriegsopferfürsorge)	13
Tabelle 2.1	Pflegebedürftige in Privathaushalten – Strukturmerkmale nach Alter	17
Tabelle 2.2	Haushaltsnettoeinkommen von Pflegehaushalten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung nach alten und neuen Bundesländern	19
Tabelle 2.3	Haushaltsnettoeinkommen von Pflegehaushalten nach der Größe des Haushalts	19
Tabelle 2.4	Gründe für die Pflegebedürftigkeit	23
Tabelle 2.5	Pflegebedarf in der Nacht	25
Tabelle 2.6	Verwandtschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person 1998 und 2010	27
Tabelle 2.7	Soziodemografische Merkmale der Hauptpflegepersonen	27
Tabelle 2.8	Erwerbstätigkeit von Hauptpflegepersonen	31
Tabelle 2.9	Fortsetzung der Erwerbstätigkeit der Hauptpflegepersonen bei Pflegebeginn	32
Tabelle 2.10	Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige	35
Tabelle 2.11	Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung	36
Tabelle 2.12	Ausgewählte Gründe für den ausschließlichen Bezug von Geldleistungen	40
Tabelle 2.13	Verwendung des Pflegegeldes	41
Tabelle 2.14	Leistungsbezug bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	41
Tabelle 2.15	Einsatz eigener finanzieller Mittel für notwendige bauliche oder technische Veränderungen in der eigenen Wohnung	46
Tabelle 2.16	Inanspruchnahme selbst finanzierter professioneller Hilfen	47
Tabelle 2.17	Höhe der regelmäßig im Monat privat getragenen Kosten, die im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit entstehen	49
Tabelle 2.18	Inanspruchnahme empfohlener Rehabilitationsmaßnahmen und Heilmittel	51
Tabelle 2.19	Ausgewählte Informationen der Beratungsstellen	55

Tabelle 2.20	Individuelle Pflegeberatung nach Zeitpunkt des Eintritts der Pflegebedürftigkeit	57
Tabelle 2.21	Situation Pflegebedürftiger mit und ohne Migrationshintergrund	60
Tabelle 2.22	Informationen über die Pflegeversicherung nach Migrationshintergrund	61
Tabelle 2.23	Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung nach Migrationshintergrund	61
Tabelle 2.24	Gründe für die ausschließliche Inanspruchnahme von Geldleistungen nach Migrationshintergrund	62
Tabelle 2.25	Ausgewählte Indikatoren für mögliche prekäre Versorgungssituationen	63
Tabelle 2.26	Belastungsfaktoren in der privaten Pflege	64
Tabelle 3.1	Ambulante Pflegedienste nach Trägerschaft und Größe	75
Tabelle 3.2	Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste 1998 und 2010	78
Tabelle 3.3	Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste nach Einrichtungsgröße	79
Tabelle 3.4	Inanspruchnahme von Sach- und Kombinationsleistungen bei ambulanten Pflegediensten nach Einrichtungsart	87
Tabelle 3.5	Entwicklung der Zahl der Pflegeeinsätze in ambulanten Pflegediensten nach Einrichtungsgröße	89
Tabelle 3.6	Zeitaufwand der ambulanten Pflegedienste nach Leistungskomplexen 1998 und 2010	91
Tabelle 3.7	Beurteilung der Pflegesachleistungen durch ambulante Pflegedienste nach Einrichtungsart	94
Tabelle 3.8	Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten nach Berufsgruppen und Beschäftigungsumfang	95
Tabelle 3.9	Berufsgruppenstruktur der Vollarbeitskräfte in ambulanten Pflegediensten 1998 und 2010	96
Tabelle 3.10	Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in ambulanten Pflegediensten	98
Tabelle 3.11	Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in ambulanten Pflegediensten 1998 und 2010	98
Tabelle 3.12	Entwicklung der Zahl der examinierten Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 2009 nach Zahl der Beschäftigten in Vollzeit	101
Tabelle 3.13	Fluktuation der examinierten Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 2009 nach Zahl der Beschäftigten in Vollzeit	102
Tabelle 3.14	Entwicklung der Zahl der nicht examinierten Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 2009 nach Zahl der Beschäftigten in Vollzeit	103
Tabelle 3.15	Fluktuation der nicht examinierten Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 2009 nach Zahl der Beschäftigten in Vollzeit	104

Tabelle 4.1	Leistungsspektrum der vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998 und 2010	116
Tabelle 4.2	Leistungs- und Therapieangebote der vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998 und 2010	116
Tabelle 4.3	Soziale Aktivitäten und Betreuungsangebote in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998 und 2010	118
Tabelle 4.4	Strukturmerkmale der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen 1999 und 2010	121
Tabelle 4.5	Durchschnittliche Verweildauer in vollstationären Pflegeeinrichtungen	122
Tabelle 4.6	Wohnort vor Aufnahme in die vollstationäre Pflegeeinrichtung nach Pflegestufe	123
Tabelle 4.7	Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Art der belegten Zimmer	127
Tabelle 4.8	Von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der vollstationären Pflegeeinrichtung erhaltene Hilfe- und Pflegeleistungen nach Pflegestufe	128
Tabelle 4.9	Unterstützung der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch weitere Personen	131
Tabelle 4.10	Vom MDK bzw. einer Ärztin oder einem Arzt in den letzten 12 Monaten empfohlene Heilmittel nach Pflegestufe	135
Tabelle 4.11	In den letzten 12 Monaten erhaltene Rehabilitationsmaßnahmen und Heilmittel nach Pflegestufe	138
Tabelle 4.12	Erhalt der empfohlenen Rehabilitationsmaßnahmen und Heilmittel	140
Tabelle 4.13	Beschäftigte in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Berufsgruppen und Beschäftigungsumfang	141
Tabelle 4.14	Struktur der Vollarbeitskräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998 und 2010	143
Tabelle 4.15	Struktur der Vollarbeitskräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach alten und neuen Bundesländern	143
Tabelle 4.16	Vollarbeitskräfte je 100 Bewohner/innen in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Berufsgruppen 1998 und 2010	143
Tabelle 4.17	Vollarbeitskräfte je 100 Bewohner/innen in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Berufsgruppen und Träger der Einrichtungen	144
Tabelle 4.18	Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in vollstationären Pflegeeinrichtungen	144
Tabelle 4.19	Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998 und 2010	144
Tabelle 4.20	Qualifizierungen der Pflegedienstleitungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach alten und neuen Bundesländern	150

Tabelle 4.21	Entwicklung der Zahl der examinieren Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2009 nach Einrichtungsgröße	151
Tabelle 4.22	Fluktuation der examinieren Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2009 nach Einrichtungsgröße	152
Tabelle 4.23	Entwicklung der Zahl der nicht examinieren Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2009 nach Einrichtungsgröße	153
Tabelle 4.24	Fluktuation der nicht examinieren Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2009 nach Einrichtungsgröße	155
Tabelle 4.25	Pflegekosten in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998 und 2010	157
Tabelle 4.26	In vollstationären Pflegeeinrichtungen geplante Einstellungen von zusätzlichem Personal in den nächsten drei Jahren	161

Abbildungsverzeichnis

Abb. 2.1	Pflegebedürftige in Privathaushalten Altersstruktur 1998 und 2010	16
Abb. 2.2	Pflegebedürftige in Privathaushalten Häusliche Lebensformen 1998 und 2010	17
Abb. 2.3	Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz	21
Abb. 2.4	Eingruppierung in Pflegestufen 1998 und 2010	22
Abb. 2.5	Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach Einstufung des MDK	25
Abb. 2.6	Zahl der an der Pflege beteiligten Privatpersonen 1998 und 2010	26
Abb. 2.7	Pflegeerfahrung vor Übernahme der aktuellen Pflege	28
Abb. 2.8	Zeitaufwand der Hauptpflegeperson für die Pflege 1998 und 2010	29
Abb. 2.9	Belastung der Hauptpflegepersonen 1998 und 2010	29
Abb. 2.10	Erwerbstätigkeit der Hauptpflegepersonen 1998 und 2010	31
Abb. 2.11	Gründe für die Nichtinanspruchnahme der kurzzeitigen Freistellung bei Pflegeeintritt	33
Abb. 2.12	Gründe für die Nichtinanspruchnahme der Pflegezeit	33
Abb. 2.13	Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung 1998 und 2010	37

Abb. 2.14	Durchschnittliche Höhe der Summe der bewilligten Zuschüsse zu baulich-technischen Maßnahmen je Pflegebedürftigem nach Pflegestufe	38
Abb. 2.15	Höhe der Summe der Zuschüsse für baulich-technische Maßnahmen	39
Abb. 2.16	Inanspruchnahme von Leistungen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in den letzten 12 Monaten	43
Abb. 2.17	Ausgewählte Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Betreuungsleistungen	43
Abb. 2.18	Zufriedenheit mit der Einstufung des MDK 1998 und 2010	44
Abb. 2.19	Zufriedenheit mit der Höhe bzw. dem Umfang der gewährten Leistungen 1998 und 2010	45
Abb. 2.20	Zufriedenheit mit der Beratung und Abwicklung der Leistungsansprüche durch die Pflegekassen 1998 und 2010	45
Abb. 2.21	Wechselabsichten im Leistungsbezug nach Art der gegenwärtigen Inanspruchnahme	45
Abb. 2.22	Leistungen, die zusätzlich angeboten bzw. erweitert werden sollten	47
Abb. 2.23	Selbst finanzierte professionelle Hilfen Anteil derjenigen, die die Hilfen mindestens einmal wöchentlich in Anspruch nehmen	48
Abb. 2.24	Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen durch den MDK nach Pflegestufe	49
Abb. 2.25	Empfehlung von Heilmitteln durch den MDK nach Pflegestufe	50
Abb. 2.26	Empfohlene Heilmittel	50
Abb. 2.27	Gründe für die (teilweise) Nicht-Inanspruchnahme von empfohlenen Heilmitteln und Rehabilitationsmaßnahmen	51
Abb. 2.28	Aus Sicht der Pflegebedürftigen notwendige Rehabilitationsmaßnahmen und Heilmittel	52
Abb. 2.29	Informationen über Leistungen der Pflegeversicherung	53
Abb. 2.30	Genutzte Anlaufstellen, um sich über Fragen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit zu informieren	54
Abb. 2.31	Beurteilung der von der jeweiligen Anlaufstelle erhaltenen Informationen	56
Abb. 2.32	Merkmale der individuellen Pflegeberatung	57
Abb. 2.33	Zufriedenheit mit der individuellen Pflegeberatung	58
Abb. 2.34	Wichtigkeit ausgewählter Kriterien bei der Entscheidung für einen ambulanten Pflegedienst	59
Abb. 2.35	Verhältnis zwischen pflegebedürftiger Person und Hauptpflegeperson	65

Abb. 2.36	Ausmaß, in dem die Anforderungen in der Pflege die Kräfte der Hauptpflegeperson überschreiten, nach Pflegestufe	65
Abb. 3.1	Anteil der seit 1998 in Betrieb gegangenen ambulanten Pflegedienste nach Einrichtungsarten	71
Abb. 3.2	Trägerschaft der ambulanten Pflegedienste 1998 und 2010	73
Abb. 3.3	Umsatzanteil der Pflegeversicherungsleistungen in ambulanten Pflegediensten	74
Abb. 3.4	Ambulante Pflegedienste nach der Zahl der Beschäftigten (in Vollzeit) 1998 und 2010	75
Abb. 3.5	Ambulante Pflegedienste, die mit Beratungsstellen kooperieren, nach Einrichtungsarten	80
Abb. 3.6	Ambulante Pflegedienste, die sich mit Leistungsanbietern anderer Träger vor Ort abstimmen, nach Einrichtungsarten	80
Abb. 3.7	Anwendung von Expertenstandards in ambulanten Pflegediensten nach alten und neuen Bundesländern	81
Abb. 3.8	Realisierung des Wunsches nach gleichgeschlechtlicher Pflege bei ambulanten Pflegediensten nach Einrichtungsarten	82
Abb. 3.9	Anteil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund an allen von ambulanten Pflegediensten betreuten Pflegebedürftigen	83
Abb. 3.10	Betreuung von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund durch Pflegekräfte, die dieselbe Muttersprache sprechen	83
Abb. 3.11	Anteil der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in ambulanten Pflegediensten	84
Abb. 3.12	Betreuung von Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund durch Pflegekräfte, deren Muttersprache Deutsch ist oder die sehr gut Deutsch sprechen, bei ambulanten Pflegediensten	84
Abb. 3.13	Pro Monat durch ambulante Pflegedienste betreute Pflegebedürftige nach Einrichtungsarten	85
Abb. 3.14	Von ambulanten Pflegediensten betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufe 1998 und 2010	86
Abb. 3.15	Von ambulanten Pflegediensten betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufe und alten und neuen Bundesländern	87
Abb. 3.16	Durch ambulante Pflegedienste erbrachte Pflegeeinsätze pro Pflegebedürftigem im Monat nach Einrichtungsarten	88
Abb. 3.17	Zahl der durch ambulante Pflegedienste geleisteten Pflegeeinsätze pro Monat	89
Abb. 3.18	Durch ambulante Pflegedienste geleistete Beratungseinsätze gem. § 37 Abs. 3 SGB XI nach Pflegestufe	90
Abb. 3.19	Anteil der durch ambulante Pflegedienste betreuten Pflegebedürftigen mit selbst finanzierten SGB XI-Leistungen nach Einrichtungsarten	92

Abb. 3.20	Anteil der durch ambulante Pflegedienste betreuten Pflegebedürftigen mit selbst finanzierten sonstigen Leistungen nach Einrichtungsarten	93
Abb. 3.21	Einschätzung der Sachleistungen der Pflegeversicherung durch die ambulanten Pflegedienste 1998 und 2010	93
Abb. 3.22	Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsumfang und alten und neuen Bundesländern	95
Abb. 3.23	Pflegebedürftige je Vollarbeitskraft in ambulanten Pflegediensten nach Einrichtungsarten	97
Abb. 3.24	Einrichtungsbezogene Anteile der Pflegefachkräfte in ambulanten Pflegediensten	99
Abb. 3.25	Qualifizierungen der Pflegedienstleitungen in ambulanten Pflegediensten	100
Abb. 3.26	Entwicklung der Zahl der examinierten Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 1997 und 2009	101
Abb. 3.27	Fluktuation bei den examinierten Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 1997 und 2009	102
Abb. 3.28	Entwicklung der Zahl der nicht examinierten Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 1997 und 2009	103
Abb. 3.29	Fluktuation bei den nicht examinierten Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 1997 und 2009	104
Abb. 3.30	Die Situation des Pflegepersonals aus der Sicht der ambulanten Pflegedienste	105
Abb. 3.31	Anteil der ambulanten Pflegedienste mit öffentlicher Förderung nach Einrichtungsarten	106
Abb. 3.32	Anteil der ambulanten Pflegedienste, die den Pflegebedürftigen Investitionsaufwendungen berechnen, nach Einrichtungsarten	107
Abb. 3.33	Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung 1998 und 2010	107
Abb. 3.34	Ambulante Pflegedienste mit der Angabe „überwiegend nicht kostendeckende Vergütung“	107
Abb. 4.1	Jahr der Inbetriebnahme der vollstationären Pflegeeinrichtung	113
Abb. 4.2	Anteil der seit 1998 in Betrieb gegangenen vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Einrichtungsart	114
Abb. 4.3	Trägerschaft der vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998 und 2010	114
Abb. 4.4	Größe der vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998 und 2010	115
Abb. 4.5	Trägerschaft vollstationärer Pflegeeinrichtungen nach Größe	115
Abb. 4.6	Angebot von gesondert berechnungsfähigen Zusatzleistungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen	119

Abb. 4.7	Organisation der ärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2005 und 2010	119
Abb. 4.8	Anwendung von Expertenstandards in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach alten und neuen Bundesländern	120
Abb. 4.9	Durchschnittliche Verweildauer in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1994, 2005 und 2010 nach Geschlecht	123
Abb. 4.10	Übergang aus einem Krankenhaus in die vollstationäre Pflegeeinrichtung 1994, 2005 und 2010	124
Abb. 4.11	Pflegestufen der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998 und 2010	125
Abb. 4.12	Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen mit psychischen Beeinträchtigungen nach Pflegestufe	125
Abb. 4.13	Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen in Ein-Bett-Zimmern und Appartements 1998 und 2010	127
Abb. 4.14	Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen durch den MDK oder einen Arzt bzw. eine Ärztin in den letzten 12 Monaten	134
Abb. 4.15	Empfehlung von Heilmitteln durch den MDK oder einen Arzt bzw. eine Ärztin in den letzten 12 Monaten	135
Abb. 4.16	Erhalt von Rehabilitationsmaßnahmen in den letzten 12 Monaten	136
Abb. 4.17	Erhalt von Heilmitteln in den letzten 12 Monaten	136
Abb. 4.18	Erhaltene Heilmittel 2005 und 2010	140
Abb. 4.19	Personal der vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsumfang 1998 und 2010	142
Abb. 4.20	Personal der vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsumfang und alten und neuen Bundesländern	142
Abb. 4.21	Einrichtungsbezogene Fachkraftquoten im Bereich der Betreuung in vollstationären Pflegeeinrichtungen	145
Abb. 4.22	Zahl der Pflegebedürftigen (Stufe 0 bis III) je Betreuungskraft in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Einrichtungsart	146
Abb. 4.23	Beschäftigung von zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b SGB XI nach Einrichtungsart	147
Abb. 4.24	Zahl der Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf je zusätzlicher Betreuungskraft nach § 87b SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Einrichtungsart	147
Abb. 4.25	Vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis Beschäftigten nach Einrichtungsart	148

Abb. 4.26	Vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit von Zeitarbeitsfirmen ausgeliehenen Beschäftigten nach Einrichtungsart	149
Abb. 4.27	Qualifizierungen der Pflegedienstleitungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen	149
Abb. 4.28	Entwicklung der Zahl der examinierten Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1997 und 2009	150
Abb. 4.29	Fluktuation bei den examinierten Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1997 und 2009	151
Abb. 4.30	Entwicklung der Zahl der nicht examinierten Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1997 und 2009	153
Abb. 4.31	Fluktuation bei den nicht examinierten Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1997 und 2009	154
Abb. 4.32	Situation des Personals in vollstationären Pflegeeinrichtungen	156
Abb. 4.33	Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III mit Sozialhilfebezug in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998 und 2010	158
Abb. 4.34	Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit Sozialhilfebezug nach Pflegestufe und alten und neuen Bundesländern	159
Abb. 4.35	Vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit Warteliste nach Einrichtungsart	159
Abb. 4.36	Geplante Erweiterung der Platzkapazitäten in der vollstationären Pflege nach Einrichtungsart	160

Literaturverzeichnis

BKK, 2010: BKK-Pflegedatenbank PAULA®. Im Internet unter <http://www.bkk-pflege.de/Paula/faces/start.jsp>.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2010a: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung 1995 bis 2009 (zusammengefasst). Im Internet unter http://www.bmg.bund.de/cIn_178/nn_1168278/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Statistiken_20Pflege/xls-Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung-Ist-Ergebnisse.html.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2010b: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (05/10). Im Internet unter http://www.bmg.bund.de/cIn_178/nn_1168278/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Statistiken_20Pflege/Zahlen-und-Fakten-Pflegereform-Mai-2010.html.

Deutscher Bundestag, 2007: Drucksache des Deutschen Bundestages 16/7439 vom 7.12.2007: Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – Pflege-Weiterentwicklungsgesetz.

Grabka, M. M. und Frick, J. R., 2010: Weiterhin hohes Armutsrisiko in Deutschland: Kinder und junge Erwachsene sind besonders betroffen. Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 7/2010.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.), 2010: Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung 2009. Essen.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.), 2009: Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2007 – 2008. Essen.

Schneekloth, U., 2006: Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth U. und Wahl, H.-W. (Hrsg.), 2006: Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Stuttgart: Kohlhammer.

Schneekloth, U. und Müller M., 2000: Wirkungen der Pflegeversicherung. Band 127 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Schneekloth U. und Wahl, H.-W. (Hrsg.), 2006: Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Stuttgart: Kohlhammer.

Schneekloth U. und von Törne, I., 2009: Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth U. und Wahl, H.-G. (Hrsg.): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Stuttgart: Kohlhammer.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2009: Soziale Mindestsicherung in Deutschland 2007. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt, 2010a: Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege 2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt, 2010b: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Fachserie 1, Reihe 3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2010.

Statistisches Bundesamt 2010c: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Fachserie 1, Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt 2010d: Preise. Verbraucherpreisindizes für Deutschland. Lange Reihen ab 1948. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt, 2009: Statistik der Kriegsofferfürsorge 2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt, 2008a: Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt, 2008b: Sozialleistungen. Sozialhilfe 2006. Fachserie 13, Reihe 2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt, 2007: Statistik der Kriegsofferfürsorge 2006. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Statistisches Bundesamt, 2006: Sozialleistungen. Statistik der Sozialhilfe. Sozialhilfe – Hilfe in besonderen Lebenslagen 2004. Fachserie 13, Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt, 2005: Statistik der Kriegsofferfürsorge 2004. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt, 2004: Statistik der Kriegsofferfürsorge 2002. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt, 2003: Sozialleistungen. Statistik der Sozialhilfe. Sozialhilfe – Hilfe in besonderen Lebenslagen 2002. Fachserie 13, Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt, 2001: Statistik der Kriegsofferfürsorge 2000. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt, 1996: Statistik der Kriegsofferfürsorge 1995. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Autorenverzeichnis

Manuela Schmidt

Telefon: 089/5600-1143

Manuela.Schmidt@tns-infratest.com

Ulrich Schneekloth

Telefon: 089/5600-1493

Ulrich.Schneekloth@tns-infratest.com

Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
Kommunikationsstab (Öffentlichkeitsarbeit)
11055 Berlin

Gestaltung: Atelier Hauer + Dörfler

Druck: Druckerei im Bundesministerium für Arbeit und Soziales

1. Auflage: Juni 2011

Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:

Bestell-Nr.: BMG-F-10008

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 0 18 05/77 80 90*

Fax: 0 18 05/77 80 94*

Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09

18132 Rostock

Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit

Bürgertelefon

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit erreichen Sie montags bis donnerstags von 8 bis 18 Uhr und freitags von 8 bis 12 Uhr (kostenpflichtig) unter folgenden Telefonnummern:

Gesundheitspolitische Informationen

Die Vierteljahresschrift berichtet aus der Arbeit des Bundesgesundheitsministeriums und wird Ihnen kostenlos per Post zugesandt. Abonnement unter: www.bmg-gp.de

GP_Infoblätter

Die „GP_Infoblätter“ bieten Ratgeberinformationen für Patienten und Verbraucher zu Einzelthemen der Gesundheitsversorgung. Abonnement unter: www.bmg-gp.de

GP_aktuell

Der Newsletter „GP_aktuell“ informiert zur aktuellen Gesundheitspolitik und wird Ihnen regelmäßig per E-Mail zugesandt. Sie finden das Anmeldeformular unter www.bmg-gp.de

Publikationsverzeichnis

Das aktuelle Publikationsverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie jederzeit kostenlos anfordern:

Bestell-Nr.: BMG-G-07014

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 018 05/77 80 90*

Fax: 018 05/77 80 94*

Schriftlich: Publikationsversand der
Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

Internetportal

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de

Fragen zum Versicherungsschutz

■ 018 05/99 66 - 01*

Fragen zur Krankenversicherung

■ 018 05/99 66 - 02*

Fragen zur Pflegeversicherung

■ 018 05/99 66 - 03*

Fragen zur gesundheitlichen Prävention

■ 018 05/99 66 - 09*

Fragen zur Suchtvorbeugung

■ 0221/89 2031**

Schreibtelefon

■ 018 05/99 66 - 07*

Gebärdentelefon ISDN-Bildtelefon

■ 018 05/99 66 - 06*

Gebärdentelefon Video over IP

■ [gebaerdentelefon.bmg@
sip.bmg.buergerservice-bund.de](mailto:gebaerdentelefon.bmg@sip.bmg.buergerservice-bund.de)

* Kostenpflichtig: Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den Festnetzen und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.

** BZgA-Informationstelefon zur Suchtvorbeugung, Mo – Do 10 bis 22 Uhr, Fr – So 10 bis 18 Uhr

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

