

PFLEGEREPORT

Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland
Analysen, Befunde, Perspektiven



**Band
41** | Beiträge zur Gesundheitsökonomie
und Versorgungsforschung

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 41)
Andreas Storm (Herausgeber)

Pflegereport 2022

Pflegereport 2022

Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland Analysen, Befunde, Perspektiven

Herausgeber:

Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit
DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27-31, D-20097 Hamburg

Autor:

Prof. Dr. habil. Thomas Klie
Evangelische Hochschule Freiburg
Bugginger Str. 38, D-79114 Freiburg

Unter Mitarbeit von

Leon A. Brandt, Mark Grabfelder, Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Dr. Wilhelm Haumann,
Philip Lewin, Isabel Schön, Marco Zeptner

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2022 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
www.medhochzwei-verlag.de



ISBN 978-3-86216-958-0

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Titelbild: © istockphoto/shironosov
Titelbildgestaltung: Natalia Degenhardt
Satz: Strassner ComputerSatz, Heidelberg

Vorwort

Die häusliche Pflege ist mit einem Anteil von rund 80 Prozent das Fundament der Pflege in Deutschland. Gerade in den von Corona geprägten Jahren 2020 und 2021 waren die stationäre Pflege und die professionellen Pflegekräfte im Fokus der Gesellschaft und der Gesetzgebung. Der häuslichen Pflege fehlte es hier an einer vernehmbaren Stimme, sie blieb trotz ihres hohen gesellschaftlichen Gewichtes weitgehend unberücksichtigt.

Vor diesem Hintergrund ist es uns als DAK-Gesundheit ein Anliegen, im DAK-Pflegereport 2022 die Situation der ambulanten Pflege in den Mittelpunkt zu stellen. Der Report gewährt mit der Auswertung der Routinedaten der DAK-Gesundheit, einer breit angelegten Bevölkerungsbefragung und zahlreichen Einzelinterviews mit pflegenden Angehörigen Einblicke in die Wirklichkeit häuslicher Pflege. Ausgehend von der Analyse der Pflegewirklichkeit zeigt er Handlungsanforderungen auf und skizziert Wege zur Stärkung und Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements.

In Deutschland beziehen derzeit ca. 2,25 Millionen Pflegebedürftige Pflegegeld und ca. 553.000 Pflegebedürftige eine Kombination aus Pflegegeld und Sachleistungen. Das Pflegegeld wird besonders häufig für Angehörige eingesetzt, die sich zeitintensiv an Pflegeaufgaben beteiligen. Wer Angehörige pflegt und Sorgaufgaben teilweise über Jahre hinweg übernimmt, dessen Leben verändert sich nachhaltig. Aus persönlicher Betroffenheit erwächst die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen und Lasten der Pflege in der Gesellschaft gemeinsam zu tragen.

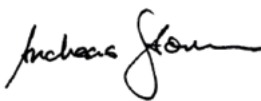
Die Koalitionsvereinbarung thematisiert zwar die Stärkung der häuslichen Pflege und weist damit grundsätzlich in die richtige Richtung, bleibt jedoch an vielen Stellen hinter den Notwendigkeiten zurück. Deshalb gehört jetzt eine langfristig wirkende Reform der Pflegeversicherung auf die politische Agenda. Dabei geht es, gerade in Zeiten steigender Kosten durch multiple Krisen, insbesondere um eine finanzielle Entlastung. Die DAK-Gesundheit hat bereits frühzeitig eine Erhöhung des Pflegegeldes für die Pflegebedürftigen angemahnt. Gesetzlich vorgesehen ist, dass regelhaft alle drei Jahre eine Überprüfung der Leistungen auf Grundlage der kumulierten Preisentwicklung erfolgt. Bei Berücksichtigung der Dynamik der Preisentwicklung ist dieser Dreijahresrhythmus nicht mehr zeitgemäß. Die DAK-Gesundheit fordert hier eine zeitnahe und spürbare Erhöhung des Pflegegeldes.

Eine weitere wichtige Erkenntnis aus unserem Pflegereport 2022: Unterstützungsangebote werden häufig nicht genutzt – oft aus Unwissenheit. Immerhin 67 Prozent der Betroffenen kennen manches nicht, was die Pflegeversicherung an Unterstützungs- und Leistungsangeboten für sie vorhält. Diese Daten unterstreichen die Notwendigkeit, dass die in der Koalitionsvereinbarung angedachte Zusammenfassung der Kurzzeit- und Verhinderungspflege in einem Entlastungsbudget

schnellstens auf den Weg gebracht werden sollte. Hierdurch können pflegende Angehörige nicht nur entlastet werden, diese Budgetierung ermöglicht ihnen auch individuellere Lösungen. Die Betroffenen können mögliche Engpässe aufgrund eigener Abwesenheit oder Krankheit besser organisieren. Das Entlastungsbudget sollte flexibel und unbürokratisch in Anspruch zu nehmen sein.

Darüber hinaus gibt es viel zu tun, um die ambulante Pflege weiterzuentwickeln. Den besonderen Sorgen und Problemen von Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen kann nicht allein mit den Mitteln einer Kranken- und Pflegekasse begegnet werden. Regionalen und kommunalen Institutionen kommt im Rahmen der Daseinsvorsorge eine besondere Verantwortung zu. Sie sind ein unverzichtbarer Bestandteil bei der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, indem sie über die medizinische und familiäre Betreuung hinaus planen und handeln. Es bedarf einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der regionalen Akteure im Sinne eines gezielten Case Managements. Ein gutes Beispiel hierfür ist das Innovationsfondsprojekt ReKo in Niedersachsen, ein Modellprojekt der DAK-Gesundheit, der Universität Osnabrück und der Gesundheitsregion EUREGIO. Vor dem Hintergrund demografischer Entwicklungen liegt hier der Fokus auf der Ausdifferenzierung eines wirksamen Versorgungssettings. Durch einen solchen Ansatz können Überforderungen bei pflegenden Angehörigen vermieden werden.

Nicht zuletzt steht im Jahr 2023 eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung auf der politischen Agenda. Deren Ziel muss eine faire Lastenverteilung zwischen Beitrags- und Steuerzahlenden sowie Pflegebedürftigen sein. Gerade für die Stärkung der ambulanten Pflege gilt: Eine Erhöhung und regelhafte Dynamisierung des Pflegegeldes sowie die Einführung des Entlastungsbudgets lassen sich nur verwirklichen, wenn es gelingt, die Finanzierung der Pflegeversicherung zukunftsfest weiterzuentwickeln.



Andreas Storm

Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

Hamburg, Dezember 2022

Geleitwort

Die 20. Legislaturperiode hätte pflegepolitisch eine der häuslichen Pflege sein sollen oder müssen. Die Bemühungen um die Weiterentwicklung der stationären Pflege, die maßgeblich auch von der DAK-Gesundheit und seinem Vorstandsvorsitzenden, Andreas Storm, aufgegriffene und weitergeführte Diskussion um den Sockel-Spitze-Tausch und die Finanzierung der Pflegeversicherung war in der 19. Legislaturperiode das bestimmende Thema. Angesichts steigender Energiepreise, der Umsetzung des Tariftreuegesetzes, des Mangels an Pflegefachkräften und der Einführung des Personalbemessungssystems für die stationäre Pflege wird die stationäre Pflege sicher weiter die Diskussion auf bundes- und landespolitischer Ebene bestimmen. Eine Dominanz pflegepolitischer Bemühungen bezogen auf die Heime ist aber gefährlich: Die Deutsche Pflegeversicherung ist subsidiär ausgerichtet, sie setzt auf die Familienpflegebereitschaft. Sie bleibt die Basis und die ambulante gesundheitliche und pflegerische Versorgung das Rückgrat der sozialpolitischen Sicherung bei chronischer Krankheit und Pflegedürftigkeit.

Die DAK-Gesundheit hat sich dem Thema häusliche Pflege, regionale Versorgungssicherheit und dem gerade für die häuslichen Pflegearrangements so wichtigen Care und Case Management in vielfältiger Weise gewidmet. Besonders hervorzuheben ist das Innovationsfondprojekt ReKo in Niedersachsen, das inzwischen seine Ableger in anderen Bundesländern findet. Die Aufmerksamkeit dem Thema häusliche Pflege und den Millionen von pflegenden Angehörigen und auf Pflege angewiesenen Menschen zu schenken, ist ein Gebot einer am Menschen orientierten Sozial- und Pflegepolitik.

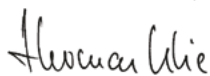
Der DAK-Pflegereport erscheint zu einem Zeitpunkt, an dem die Pflegepolitik des Bundes gerade bezogen auf häusliche Pflege – trotz programmatischer Aussagen in der Koalitionsvereinbarung der Ampelregierung – noch keine Konturen gewonnen hat. Die Pflegepolitik steht im Schatten von Corona, einer sicherlich auch notwendigen Krankenhausreform, der Sicherung der finanziellen Grundlagen der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung. Durch die aktuelle Krise, die Folgen des Ukrainekrieges sind in besonderer Weise Haushalte mit niedrigen Einkommen betroffen – auch Haushalte mit auf Pflege angewiesenen Menschen und pflegenden Angehörigen.

Die Personalknappheit im Gesundheits- und Pflegewesen, sie trifft insbesondere den ambulanten Sektor. Hier ist es am schwierigsten, Pflegekräfte zu finden und zu halten. Subsidiarität heißt nicht, wir lassen die pflegenden Angehörigen mal machen. Subsidiarität in einem modernen sozialstaatlichen Verständnis heißt, dass der Staat seiner Vorleistungspflicht gegenüber der Sorgefähigkeit der Gesellschaft nachkommen muss. Begreift man, was angemessen erscheint, Aufgaben der Langzeitpflege letztlich als Aufgaben, die (zentral) in der Familienpolitik zu verorten sind, wird man um Aufgaben der fairen Verteilung von Sorgeaufgaben zwi-

schen den Generationen und Geschlechtern nicht umhinkommen. Und schließlich: Gepflegt wird vor Ort. Ob ein Leben unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit gelingt – für die auf Pflege angewiesenen Menschen und die pflegenden Angehörigen – das hängt von den Bedingungen vor Ort ab. Insofern kommt der regionalen und kommunalen Ebene eine zentrale Bedeutung in der Pflegepolitik zu. Dass auch Modernisierungs- und Rationalisierungsoptionen, die mit Digitalisierung verbunden sind, die Pflege vor Ort unterstützen können, steht außer Frage. Auch hier geht die DAK-Gesundheit mit dem digitalen Ökosystem voran.

Ich bin der DAK-Gesundheit und Andreas Storm dankbar, dass er den DAK-Pflege-report 2022 dem so wichtigen, aber immer zurückgestellten Thema der häuslichen Pflege widmet und dabei konsequent die Perspektive der Versicherten einnimmt: Sie wurden befragt und interviewt. Der DAK-Pflegereport ist wieder eine Koproduktion. Die repräsentative Bevölkerungsbefragung wurde vom Institut für Demoskopie Allensbach und dort von Herrn Dr. Haumann durchgeführt. Die GKV- und SPV-Routinedatenanalyse lag in den Händen und in der Verantwortung von Opti-Medis und dieses Mal dort bei Mark Grabfelder und seinem Team. Die diesmal sehr groß angelegte Interviewstudie, die die Lebenswirklichkeiten und Lebenswelten von pflegenden Angehörigen aufgreift, haben AGP Sozialforschung Freiburg/Berlin und hier federführend Isabel Schön und Leon Brandt, durchgeführt. Das Gleiche gilt für die Good Practice-Sammlung. Alle Bundesländer wurden berücksichtigt – bei der Befragung, bei den Analysen, bei den Interviews und bei Good Practice. In 2023 sollen die Ergebnisse auch mit den Besonderheiten der Bundesländer für jedes Bundesland aufbereitet und zur Verfügung gestellt werden. Pflege ist eben nicht nur ein bundespolitisches Thema mit den relevanten Systemakteuren wie den Pflege- und Krankenkassen. Pflege ist auch ein landespolitisches Thema: Die Länder sind maßgeblich dafür verantwortlich, welche Strukturen auch und gerade für die häusliche Pflege geschaffen und von den Kommunen realisiert werden. Und die Kommunen sind gefragt: Ohne sie und ein Verständnis von Pflege als Daseinsvorsorge werden die künftigen, vor allen Dingen demografisch bedingten Herausforderungen in der Pflege nicht zu bewältigen und zu gestalten sein.

Ich danke allen Beteiligten für die wieder erfreuliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit. Mein besonderer Dank gilt Johanna Bätz als Koordinatorin der DAK-Gesundheit und Milorad Pajovic, der innerhalb der DAK-Gesundheit zu den Garanten einer zukunftsorientierten Gestaltung von Aufgaben der Langzeitpflege gehört und maßgeblich in der Planung und Realisierung der DAK-Pflegereporte beteiligt ist. Ein besonderer Dank gilt all denjenigen, die sich bereit erklärt haben, uns als Interviewpartner*innen zur Verfügung zu stehen. Wir alle – auch ich persönlich – haben von den Gesprächen sehr profitiert.



Prof. Dr. habil. Thomas Klie
Freiburg/Berlin/Starnberg

Inhalt

Vorwort	V
Geleitwort	VII
1. Das Rückgrat der Langzeitpflege ist die häusliche Pflege. Befunde, Analysen und Handlungsbedarf. Der DAK-Pflegereport 2022 – Zusammenfassung	1
<i>Thomas Klie</i>	
1.1 Einleitung	1
1.2 Anlage des DAK-Pflegereportes 2022	3
1.2.1 Die Bevölkerungsbefragung	5
1.2.2 Häusliche Pflege: Was lässt sich aus einer GKV-Routineanalyse lernen?	15
1.2.3 Einblicke in die Wirklichkeiten häuslicher Pflege: Die Interviewstudie	19
1.2.4 Gute Praxis – Wege zur Stärkung stabiler und fairer häuslicher Pflegearrangements	25
1.3 Literaturverzeichnis	27
2. Häusliche Pflege: Erfahrungen, Einstellungen, Forderungen – Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach	31
<i>Wilhelm Haumann</i>	
2.1 Pflegestatistik und Umfrage	32
2.2 Unterstützung bei der Pflege	36
2.3 Die Pflegedienste	44
2.4 Wie die Pflege finanziert wird	47
2.5 Kosten für pflegende Angehörige – besondere Belastungen bei Reduktion oder Aufgabe der Berufstätigkeit	49
2.6 Das Pflegegeld aus der Sicht pflegender Angehöriger	54
2.7 Große Bereitschaft zur Angehörigenpflege	62
2.8 Ausblick auf eine mögliche eigene Pflege	64
2.9 Pflege und Politik	69
2.10 Literaturverzeichnis	73
3. Häusliche Pflegesettings und Pflegekarrieren im Lichte der Routinedaten. Analyse von GKV- und SPV-Routinedaten der DAK-Gesundheit für den Pflegereport 2022	75
<i>Mark Grabfelder, Philip Lewin, Marco Zeptner, Helmut Hildebrandt</i>	
3.1 Kernergebnisse	75
3.1.1 Die selbstorganisierte Pflege zu Hause ist das Rückgrat der sozialen Pflegeversicherung	75
3.1.2 Das besondere Profil des Pflegegrads 1	76

3.1.3	Viele Krankenhausfälle von Pflegebedürftigen wären durch eine bessere primärmedizinische Versorgung und durch Case und Care Management von Pflegekräften sowie eine sektorenübergreifende Vernetzung vermeidbar	76
3.2	Methodik, Datengrundlage und Limitationen.	77
3.3	Einführung	77
3.4	Wie entwickelte sich der Pflegebedarf, die Prävalenz und die Inzidenz in den letzten Jahren?	79
3.5	In welchen Pflegesettings werden die Pflegebedürftigen versorgt?	82
3.6	Bedeutung der Kurzzeitpflege.	91
3.7	Bedeutung des Pflegegrad 1.	95
3.8	Krankenhausaufenthalte von Pflegebedürftigen	96
3.9	Pflegesettings und Zuweisungen aus dem Risikostukturausgleich	102
3.10	Altersstruktur der Pflegebedürftigen	103
3.11	Regionalanalysen	104
3.12	Literaturverzeichnis.	108
4.	„Das gehört wahrscheinlich im Leben dazu“ – Interviews zum Leben mit häuslicher Pflege.	111
	<i>Leon A. Brandt, Isabel Schön, Thomas Klie</i>	
4.1	Einleitung.	111
4.2	Wege in die Pflege	118
4.2.1	Luise Sommer: Die Managerin des Pflegearrangements.	118
4.2.2	Pflegesettings und Netzwerksituation	123
4.2.3	Motive für die Übernahme von Verantwortung in der Pflege.	124
4.2.4	Exkurs: Die pflegende Ehefrau	129
4.2.5	Dynamiken	136
4.3	Berufliche Helfer*innen.	138
4.3.1	Friedrich Berger – Pflege als Beziehung	138
4.3.2	Berufliche Helfer*innen. Geteilte Verantwortung?	141
4.3.3	Die fließende Grenze zwischen persönlicher Beziehung und professioneller Pflege.	145
4.4	Gute Pflege & gute Pflegekräfte.	148
4.4.1	Susanna Bauer: Selbst ist die Pflegefachfrau	149
4.4.2	„Was für mich eine gute Pflegekraft ausmacht? Das, was es nicht gibt“	153
4.5	Geld und Moral	157
4.5.1	Harald Pohl – Der zufriedene Camper.	157
4.5.2	Wie nutzen die Interviewten die Pflegeleistungen?	160
4.5.3	Die staatliche Verantwortung aus Sicht der Interviewten.	162
4.5.4	Der Zusammenhang von Wertvorstellungen und Ökonomie	164
4.6	Das gute Leben mit Pflege	167
4.6.1	Martin Tacke – „Ja, wir haben also wirklich den Kampf“	169

4.6.2	Dieter Liebig: Das Eheleben mit Pflege.	172
4.6.3	Sich arrangieren.	176
4.6.4	Pflegedürftigkeit & soziale Kontakte	178
4.6.5	Pflege und das gute Zusammenleben.	180
4.6.6	Zusammen leben mit Pflegebedarf vs. Pflege als Zusammenleben.	181
4.7	Fazit.	184
4.8	Literaturverzeichnis.	188
5.	Stabilisierung der häuslichen Pflege – Good Practice aus 16 Bundesländern.	191
	<i>Isabel Schön, Thomas Klie</i>	
5.1	Die Good Practice Beispiele im Überblick	193
5.2	Baden-Württemberg: Erwachsenenschutz im Landkreis Tuttlingen. .	194
5.2.1	Hintergrund	194
5.2.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale.	195
5.2.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	195
5.2.4	Weiterführende Informationen und Quellen.	196
5.3	Bayern: „Quartiersprojekt“ des Sozialen Netz im Nürnberger Osten	196
5.3.1	Hintergrund	196
5.3.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	196
5.3.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	197
5.3.4	Weiterführende Informationen und Quellen.	197
5.4	Berlin: Der Sorgende Bezirk Treptow-Köpenick.	198
5.4.1	Hintergrund	198
5.4.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale.	198
5.4.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	199
5.4.4	Weiterführende Informationen und Quellen.	199
5.5	Brandenburg: Fachstelle Altern und Pflege im Quartier (FAPIQ).	200
5.5.1	Hintergrund	200
5.5.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale.	200
5.5.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	201
5.5.4	Weiterführende Informationen und Quellen.	201
5.6	Bremen: Quartiersarbeit der Bremer Heimstiftung	202
5.6.1	Hintergrund	202
5.6.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale.	202
5.6.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	203
5.6.4	Weiterführende Informationen und Quellen.	203
5.7	Hamburg: QplusAlter.	204
5.7.1	Hintergrund	204
5.7.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale.	204
5.7.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	205
5.7.4	Weiterführende Informationen und Quellen.	205
5.8	Hessen: SOWieDAheim.	206

5.8.1	Hintergrund	206
5.8.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	206
5.8.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	207
5.8.4	Weiterführende Informationen und Quellen	207
5.9	Mecklenburg-Vorpommern: Modellprojekt KATE	208
5.9.1	Hintergrund	208
5.9.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	208
5.9.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	209
5.9.4	Weiterführende Informationen und Quellen	209
5.10	Niedersachsen: Regionales Pflegekompetenzzentrum (ReKo)	210
5.10.1	Hintergrund	210
5.10.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	211
5.10.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	211
5.10.4	Weiterführende Informationen und Quellen	212
5.11	Nordrhein-Westfalen: Servicestelle für Migrant*innen im Alter – MIA	212
5.11.1	Hintergrund	212
5.11.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	213
5.11.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	213
5.11.4	Weiterführende Informationen und Quellen	214
5.12	Rheinland-Pfalz: Gemeindeschwester ^{plus}	214
5.12.1	Hintergrund	214
5.12.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	214
5.12.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	215
5.12.4	Weiterführende Informationen und Quellen	216
5.13	Saarland: „Aktiv statt einsam“ – Ehrenamtliche Seniorenlotsen/Innen	216
5.13.1	Hintergrund	216
5.13.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	217
5.13.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	217
5.13.4	Weiterführende Informationen und Quellen	217
5.14	Sachsen: Demenznetz Delitzsch	218
5.14.1	Hintergrund	218
5.14.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	218
5.14.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	219
5.14.4	Weiterführende Informationen und Quellen	219
5.15	Sachsen-Anhalt: Bürgerinitiative Stendal e. V. (BIS)	220
5.15.1	Hintergrund	220
5.15.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	220
5.15.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	221
5.15.4	Weiterführende Informationen und Quellen	221
5.16	Schleswig-Holstein: Koordinationsstelle für innovative Wohn-Pflege-Formen im Alter (KIWA)	222
5.16.1	Hintergrund	222

5.16.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale	222
5.16.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	223
5.16.4	Weiterführende Informationen und Quellen.	223
5.17	Thüringen: „AGATHE – Älter werden in der Gemeinschaft – Thüringer Initiative gegen Einsamkeit“	224
5.17.1	Hintergrund	224
5.17.2	Tätigkeitsfelder und Merkmale.	224
5.17.3	Der Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege	225
5.17.4	Weiterführende Informationen und Quellen.	225
5.18	Literaturverzeichnis.	225
6.	Häusliche Pflege – Ausblick und Perspektiven	231
	<i>Thomas Klie</i>	
6.1	Stabile Einstellungen, geringe soziale Plastizität?	231
6.2	Kulturelle und politische Herausforderung.	233
6.3	DAK-Gesundheit unterstützt Innovationen	236
6.4	Literaturverzeichnis.	237
	Abbildungsverzeichnis	240
	Tabellenverzeichnis	245
	Autor*innenverzeichnis	246

1. Das Rückgrat der Langzeitpflege ist die häusliche Pflege. Befunde, Analysen und Handlungsbedarf. Der DAK-Pflege-report 2022 – Zusammenfassung

Thomas Klie

1.1 Einleitung

Der DAK-Pflegereport 2022 widmet sich einem pflegepolitisch noch immer randständigen Thema: dem der häuslichen Pflege. Sie wird ganz wesentlich von pflegenden An- und Zugehörigen getragen. Die Rede vom größten Pflegedienst der Nation ist bekannt, aber so einleuchtend wie falsch: Es ist eben kein Pflegedienst. Pflegenden Angehörige übernehmen Pflegaufgaben aus sozialer Verbundenheit, vor dem Hintergrund eines moralischen Kodex, der in der bundesdeutschen Gesellschaft (immer noch) wirksam ist. Sie übernehmen Sorge- und Pflegeaufgaben nicht nur freiwillig, sondern vielfach auch aus Not und Alternativlosigkeit: Es sind nicht selten ökonomische Gesichtspunkte, fehlende Infrastrukturen, die geringe Qualität oder Akzeptanz von professionellen Angeboten inklusive Heimen, die dazu führen, dass Pflege oft über die gesamte Pflegekarriere hinweg als Aufgabe von An- und Zugehörigen wahrgenommen wird. Die Rede von der „Familie als dem größten Pflegedienst“ suggeriert, dass alles in Ordnung sei, dass es wie bei einem Pflegedienst zugehen würde. Das ist aber mitnichten der Fall. Pflege- und Sorgeaufgaben verändern das Leben der Beteiligten grundlegend und das auf Jahre. Das, was in Familien an Solidaritätsaufgaben geleistet wird, ist volkswirtschaftlich in seinem Wert gar nicht zu unterschätzen. Die Bedingungen, unter denen Aufgaben der Sorge und Pflege in häuslichen Pflegesettings wahrgenommen werden, sie können keineswegs immer als erfolgreiche Einlösung der Vorleistungspflicht des Staates für subsidiär verortete Sorge- und Pflegeaufgaben qualifiziert werden.

Das Subsidiaritätsprinzip ist eines der prägendsten Strukturprinzipien des deutschen Sozialstaates. Kleine Einheiten regeln ihre Angelegenheiten nach Möglichkeit selbst. In einem modernen Subsidiaritätsverständnis (vgl. Heinze et al. 2015) hat dabei der Staat allerdings seine Vorleistungspflicht einzulösen, dass die kleinen Einheiten – meist Familien, aber auch Nachbarschaften – Bedingungen vorfinden, unter denen Sorge- und Pflegeaufgaben in verträglicher, in einer gerechten Verteilung von Sorgeaufgaben und mit entsprechender fachlicher und finanzieller Unterstützung wahrgenommen werden können. Subsidiarität heißt in einem modernen Sinne, dass jede*r das ihr*ihm Gemäße zur Gestaltung einer gesellschaftlichen Gesamtaufgabe beiträgt: die An- und Zugehörigen ihre aus sozialer Nähe beruhende Solidarität und Sorge, Nachbar*innen und Freund*innen steuern das aus dem sozialen Zusammenhang Herauswachsende an solidarischem Handeln

**Der größte
Pflegedienst der
Nation?**

**Pflege und
Subsidiaritäts-
prinzip**

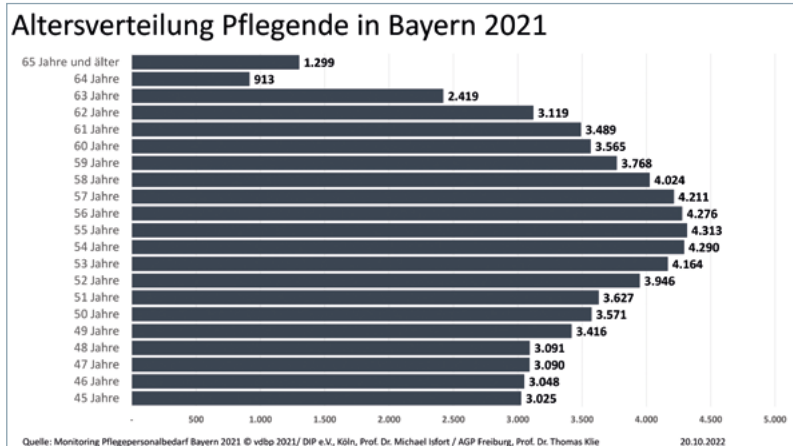
bei. Berufliche Helfer*innen und Professionelle gewährleisten verlässliche Hilfen und fachliche Unterstützung in präventiver und kurativer Hinsicht. Und die Zivilgesellschaft nimmt ihre advokatorischen und unterstützenden Rollen ein. So in etwa hat es auch der Siebte Altenbericht der Bundesregierung im Zusammenhang mit dem Leitbild der sorgenden Gemeinschaften beschrieben (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2016; Klie 2019b). Die im DAK-Pflegereport 2022 vorgestellten Befunde, das kann schon vorweg betont werden, unterstreichen: In einer derartigen Vorstellung von Subsidiarität, von einer Verteilung der Verantwortung auf viele Schultern, liegt am ehesten eine Perspektive für die Zukunft. Auf diese Weise gelingt es auch am besten, die mit der Pflege stets verbundenen Belastungen und Einschränkungen auf ein erträgliches Maß zu begrenzen. Die Wirklichkeit der Langzeitpflege, insbesondere in der häuslichen Pflege, wird aber von einem solchen Mix nicht geprägt. Pflege ist und bleibt im Wesentlichen persönliches Schicksal und wird als Aufgabe, die weithin allein von Partner*innen und An- und Zugehörigen bewältigt werden muss, verstanden.

Dringender Reformbedarf

In der 19. Legislaturperiode wurde eine Pflegereform – wenn auch torsohaft – auf den Weg gebracht. Die inzwischen über 25-jährige Geschichte der Pflegeversicherung (vgl. DAK-Pflegereport 2019; Klie 2019a) wurde durch die Konzertierte Aktion Pflege weitergeschrieben und mündete kurz vor Ende der Legislaturperiode im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG), in dem der seinerzeitige Bundesgesundheitsminister Spahn einige wichtige Reformvorhaben aufgriff, aber letztlich nicht wirklich überzeugend in eine langfristig wirkende Pflegereform umsetzen konnte. Dabei stand die stationäre Pflege im Vordergrund: Eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte, die Einführung eines analytischen Personalbemessungssystems sowie die Begrenzung der Eigenanteile in der stationären Pflege bildeten die wesentlichen Reformbausteine der Spahn'schen Pflegereform. Außen vor blieb die häusliche Pflege. Dabei ist die häusliche Pflege das Rückgrat der Langzeitpflege. Das gilt auch für die gesundheitliche Versorgung der Gesamtbevölkerung: Im Kern kommt es auf die primärärztliche und fachpflegerische Versorgung der Bevölkerung im ambulanten Bereich an. Sie entscheidet ganz maßgeblich, ob und wie die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt wird oder werden kann. Die häusliche Pflege politisch zu vernachlässigen ist grob fahrlässig. Genau das ist aber (wieder) in der letzten Legislaturperiode geschehen. Das hat nicht zuletzt mit den vergleichsweise gut organisierten Stakeholder-Interessen der Langzeitpflege zu tun. Die pflegenden Angehörigen haben keine Lobby. Es stehen eher gut organisierte Interessen hinter stationären Versorgungsstrukturen. Nun wissen wir aber, dass die stationäre Versorgung nicht nur wenig Sympathien in der deutschen Bevölkerung genießt, sondern dass sie auch zunehmend teurer wird und darüber hinaus das meiste Personal bindet. Der Personalfaktor, im Monitoring Pflegepersonalbedarf – in Bayern (vgl. Isfort und Klie 2021) für alle Landkreise in Bayern errechnet – ist der höchste, wenn regional die Versorgungsquote in Heimen hoch ausgeprägt ist. Der Arbeitsmarkt für Pflegefachkräfte ist leergefegt. Auch wenn Ausbildungsplätze für die Pflege nach Einführung der gene-

realistischen Ausbildung gut nachgefragt sind, die Absolvent*innen sind nicht in der Lage, den berufsdemografischen Effekt, der durch die „Boomer-Pflege*rinnen“, die in den nächsten zehn Jahren in Rente gehen werden, entsteht, zu kompensieren.

Abbildung 1: Altersverteilung Pflegende in Bayern



Auch der Rückgriff auf transnationale Pflegekräfte ist und bleibt begrenzt. Insofern wird es darauf ankommen, wenn es um die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Gesellschaft geht, den ambulanten Bereich zu stärken und einen effizienten Personaleinsatz mit Blick auf die regionale Bevölkerung in den Mittelpunkt der Gesundheits- und Pflegepolitik zu rücken. Ansätze wie Community Health Nurse (CHN) (vgl. Burgi und Igl 2021; DBfK Bundesverband e. V. 2022) weisen genau in die Richtung, auch wenn der CHN-Ansatz als realistische Perspektive so weit entfernt wirkt, wie die Klimaneutralität deutscher Städte. Eine Legislatur der häuslichen Pflege sollte die 20. Legislatur sein (vgl. Klie 2022). Der DAK-Pflegereport 2022 widmet sich mit Blick auf den enormen Handlungsbedarf zur fachlich und gesellschaftlich verantwortlichen Stabilisierung der häuslichen Pflege, genau diesem Thema, das immer wieder zurückgestellt wurde.

**Bedarf nach
zukunftsweisen-
der Pflegepolitik**

1.2 Anlage des DAK-Pflegereportes 2022

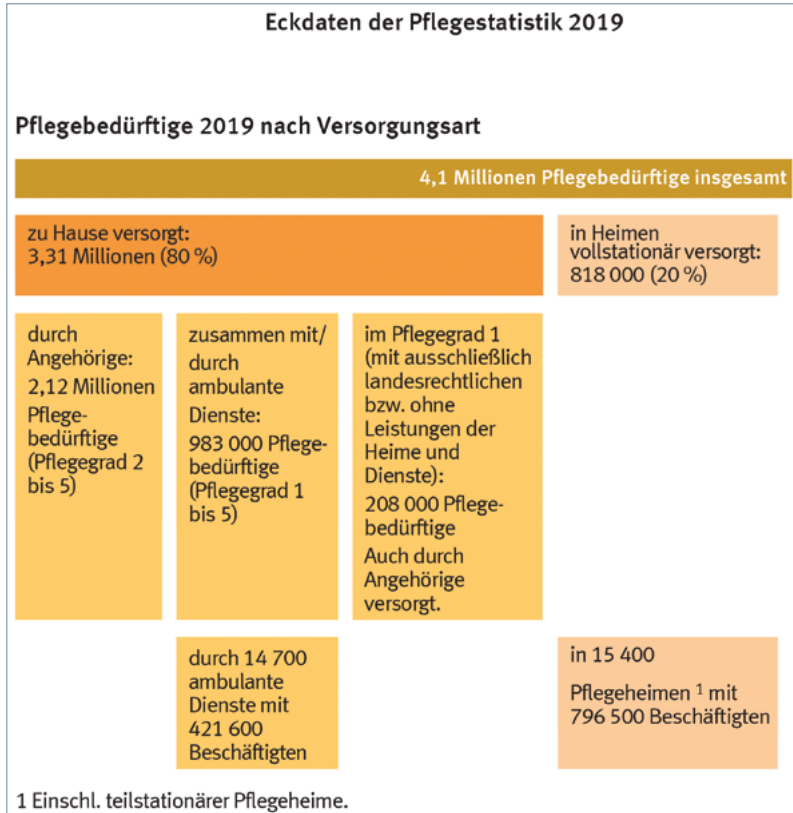
Der DAK-Pflegereport 2022 besteht wie seine Vorgänger aus vier Teilen: In einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung, die wieder in bewährter Weise vom Institut für Demoskopie in Allensbach und dort von Wilhelm Haumann durchgeführt wurde, wurden Erfahrungen, Einstellungen und Erwartungen der bundesdeutschen Bevölkerung im Zusammenhang mit der häuslichen Pflege thematisiert und erhoben. Die OptiMedis AG ist wieder vertreten mit einer Analyse der GKV-Routinedaten der DAK-Gesundheit – dieses Jahr maßgeblich von Mark Grabfelder errechnet. Die GKV-Routinedaten sind ehrlich und lassen Zusammenhänge erkennen zwischen Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

**Die Bestandteile
des DAK-Pflege-
reports 2022**

und der sozialen Pflegeversicherung, die sowohl Muster der Inanspruchnahme wie auch Optimierungspotenziale in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung erkennbar werden lassen. AGP Sozialforschung – und hier maßgeblich Isabel Schön und Leon Brandt – hat insgesamt 33 Interviews mit auf Pflege angewiesenen Menschen und pflegenden Angehörigen in ganz Deutschland geführt: in jedem Bundesland zwei, in Schleswig-Holstein drei. Insofern werden die subjektive Wirklichkeit und die lebensweltlichen Erfahrungen mit der Pflege auch in exemplarischer Weise in den DAK-Pflegereport einbezogen. Ebenfalls von AGP Sozialforschung wurden in allen Bundesländern Good Practice-Beispiele identifiziert, die aufzeigen, wo die Innovationspotenziale liegen und welche Richtung sich eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung mit dem Ziel der Stärkung der häuslichen Pflege vollziehen kann. Die Studien wurden aufeinander bezogen konzipiert und durchgeführt. Sie stehen nicht nebeneinander, sondern geben ein Gesamtbild der häuslichen Pflege und der pflegepolitischen Handlungsperspektiven, die in dem Ausblick und dem Kapitel „Perspektiven“ zusammengeführt werden. Konsequenterweise wird die Perspektive der Versicherten eingenommen: sie wurden befragt, interviewt und die über sie vorliegenden Daten wurden analysiert.

1.2.1 Die Bevölkerungsbefragung

Abbildung 2: Eckdaten der Pflegestatistik 2019 – Pflegebedürftige 2019 nach Versorgungsart



Quelle: Destatis 2020

Die Zahl der in Pflegeheimen versorgten auf Pflege angewiesenen Menschen, sie steigt absolut, aber nicht relativ. Ihr Anteil geht sogar zurück. Die Zahl der von An- und Zugehörigen zu Hause Gepflegten ist weiterhin ausgesprochen hoch und eher zunehmend – wobei sich aus der Pflegestatistik zunächst nur ergibt, dass Pflegegeld in Anspruch genommen wird. Ob auch An- und Zugehörige wirklich pflegen, ergibt sich aus der Statistik nicht. Die Inanspruchnahme von ambulanten Diensten ist ebenfalls stabil und anders, als man erwarten könnte, nicht deutlich zunehmend. Die Stabilität mag auch damit zusammenhängen, dass es schlicht nicht genügend Angebote für die stationäre und ambulante professionelle Versorgung gibt. Sie hängt aber auch, so die durchaus beeindruckend zu nennenden Befunde der repräsentativen Bevölkerungsbefragung, an der stabil in der deutschen Bevölkerung verankerten Pflegebereitschaft. 43 Prozent der Befragten haben bereits Erfahrung mit der Pflege, 15 Prozent der Bevölkerung sind aktuell mit Aufgaben der Pflege von An- und Zugehörigen befasst. Das ist ein nennenswerter Teil der

**Implikationen
aus der Pflege-
statistik**

**... viel Pflege-
erfahrung**

Bevölkerung, der die deutsche Gesellschaft als pflegeerfahren ausweist (so schon DAK-Pflegereport 2018: Klie 2018).

Hohe Pflegebereitschaft

Die in der Angehörigenpflege gesammelten Erfahrungen sind für Einstellungen und Erwartungen, wie denn Pflegebedürftigkeit von einem selbst oder An- und Zugehörigen bewältigt werden kann, prägend. Dabei zeigt sich (wiederum) der durchaus erstaunliche Effekt, dass diejenigen, die Pflegeerfahrung haben, eher bereit sind, auch in der Zukunft Pflegeaufgaben zu übernehmen als diejenigen, die noch keinerlei Berührung mit sozialer Verantwortungsübernahme in der Pflege gesammelt haben. Das gilt auch für junge Menschen, wie der DAK-Pflegereport 2021 (vgl. Klie 2021) gezeigt hat. Dass es eher Bürger*innen aus gehobenen Schichten sind, die über Pflegeerfahrung verfügen, verweist auf ein in der Pflegepolitik immer wieder vernachlässigten Aspekt, den der sozialen Ungleichheit (vgl. Bauer und Büscher 2008). Es ist die höhere Lebenserwartung von Bürger*innen mit besserer Bildung und höherem Einkommen, die die ungleiche Verteilung (mit) erklärt. Die Pflegeerfahrungen sind zumeist Erfahrungen in der häuslichen Pflege. Immerhin 36 Prozent der pflegeerfahrenen Deutschen haben allerdings auch Einblicke in die Wirklichkeit der Pflegeheime erhalten: Ihre An- und Zugehörigen waren zumindest zeitweise, zumeist im späten Verlauf der Pflegebedürftigkeit, in vollstationärer Versorgung. Pflege gelingt am ehesten in einem gut ausbalancierten Hilfemix und der Verteilung der Verantwortung für die Pflege auf mehreren Schultern. 79 Prozent der Befragten gaben an, dass Angehörige die Sorge- und Pflegeaufgaben übernommen haben. Bei immerhin 23 Prozent beteiligten sich auch Freunde an der Pflege. Pflege ist und bleibt Beziehungsarbeit, verlangt auch unmittelbare körperliche Unterstützung: Pflege geht ohne den Anderen nicht. Und die Anderen, die Pflegenden, sind meist Angehörige, aber eben auch Freund*innen.

Hohe Diversität der Pflege-Arrangements

Es werden auch andere Formen der Unterstützung einbezogen, ob Pflegedienst, Haushaltshilfe oder 24-Stunden-Kraft respektive Live-Ins: 66 Prozent der Befragten, die über Pflegeerfahrung verfügen, haben von einer dieser drei oder mehreren Entlastungsangeboten Gebrauch gemacht, auch wenn sie Pflegegeld bezogen haben. Pflegegeldbezug, so ein wichtiger Befund aus der Allensbach-Studie 2022, steht nicht selbstverständlich dafür, dass die Pflegeaufgaben ausschließlich durch Angehörige übernommen werden. Auch ist die Einbeziehung von Pflegediensten deutlich ausgeprägter, als es die Pflegestatistik vermuten lässt. Immerhin 55 Prozent der pflegeerfahrenen Befragten berichten darüber, dass Pflegedienste einbezogen wurden – häufig als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen –, 54 Prozent hatten eine Haushaltshilfe beteiligt, immerhin 12 Prozent Live-Ins. Pflegearrangements verändern sich. Pflegedienste werden möglicherweise auch erst zum Ende der „Pflegekarriere“ einbezogen. Aber sie spielen eine Rolle und sie spielen wiederum insbesondere bei den Haushalten eine Rolle, die aus höheren Schichten kommen. Die Einbeziehung von „Fremden“, von Pflegediensten, von kostenpflichtigen Unterstützungsangeboten ist bei unteren sozialen Schichten aus verschiedenen Gründen deutlich weniger ausgeprägt. Das gilt im Übrigen auch für die Pflegebe-

ratung: 41 Prozent aus höheren, 32 Prozent aus einem gesellschaftlich „einfachen Status“ haben in irgendeiner Weise Beratungsangebote im Kontext der Pflege wahrgenommen. Die Pflegearrangements in Deutschland sind, so die repräsentative Bevölkerungsbefragung, deutlich vielfältiger, als es die Pflegestatistik erkennen lässt. Die sich aus der Pflegestatistik ergebende geringe Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten hängt damit zusammen, dass Pflegedienste nicht nur Leistungen gemäß § 36 SGB XI, solche der häuslichen Pflege, erbringen, sondern auch als Häusliche Krankenpflege von den Haushalten in Anspruch genommen werden, auf der Basis ärztlicher Verordnungen. Häusliche Krankenpflege hat keinen Einfluss auf die Leistungen der Pflegeversicherung, schmälert auch nicht das Pflegegeld. Insofern spielt die Inanspruchnahme von Häuslicher Krankenpflege unter haushaltsökonomischen Gesichtspunkten keine Rolle.

Wie wichtig die Begleitung von Pflegehaushalten durch Fachkräfte ist, respektive sein kann, wird ebenfalls in der repräsentativen Bevölkerungsbefragung sichtbar: Waren Pflegedienste involviert und/oder wurde Beratung in Anspruch genommen, wird dies als hilfreich, entlastend und weiterführend bewertet. In diesem Zusammenhang werden pflegepolitische Konzepte in ihrer Bedeutung unterstützt, die darauf setzen, dass allen auf Pflege angewiesenen Menschen eine selbstverständliche und von haushaltsökonomischen Kalkülen befreite Begleitung von Pflegefachkräften gewährleistet werden sollte (vgl. Klie et al. 2021). Der obligatorische Beratungsbesuch gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI reflektiert die Bedeutung pflegefachlicher Begleitung ebenso wie die Konzeption des Begutachtungsverfahrens gemäß § 18 SGB XI, die dem Medizinischen Dienst eine wichtige Rolle in der Einschätzung des Pflegebedarfes, der Erstellung eines Pflegeplanes und der Formulierung von Empfehlungen zuweist. Die Weiterentwicklung des Begutachtungsansatzes in Richtung einer beratungsorientierten Begutachtung, wie im Konzept der Subjektorientierten Qualitätssicherung vorgesehen, greift genau diese in der Praxis häufig unterschätzte und nicht konsequent umgesetzte Rolle des Medizinischen Dienstes auf (vgl. Klie und Büscher 2022). Die auf Pflege angewiesenen Menschen zustehenden Unterstützungsangebote, sie werden häufig nicht genutzt, sind nicht selten schlicht nicht bekannt. Immerhin 67 Prozent der Befragten gaben an, dass sie manches von dem, was die Pflegeversicherung an Unterstützungs- und Leistungsangeboten vorhält, nicht gekannt haben – vor der Befragung, in der alle Angebote aufgelistet waren. Insofern hat auch eine repräsentative Bevölkerungsbefragung ihren edukativen Effekt: Nach der Befragung waren sie zumindest im Groben informiert.

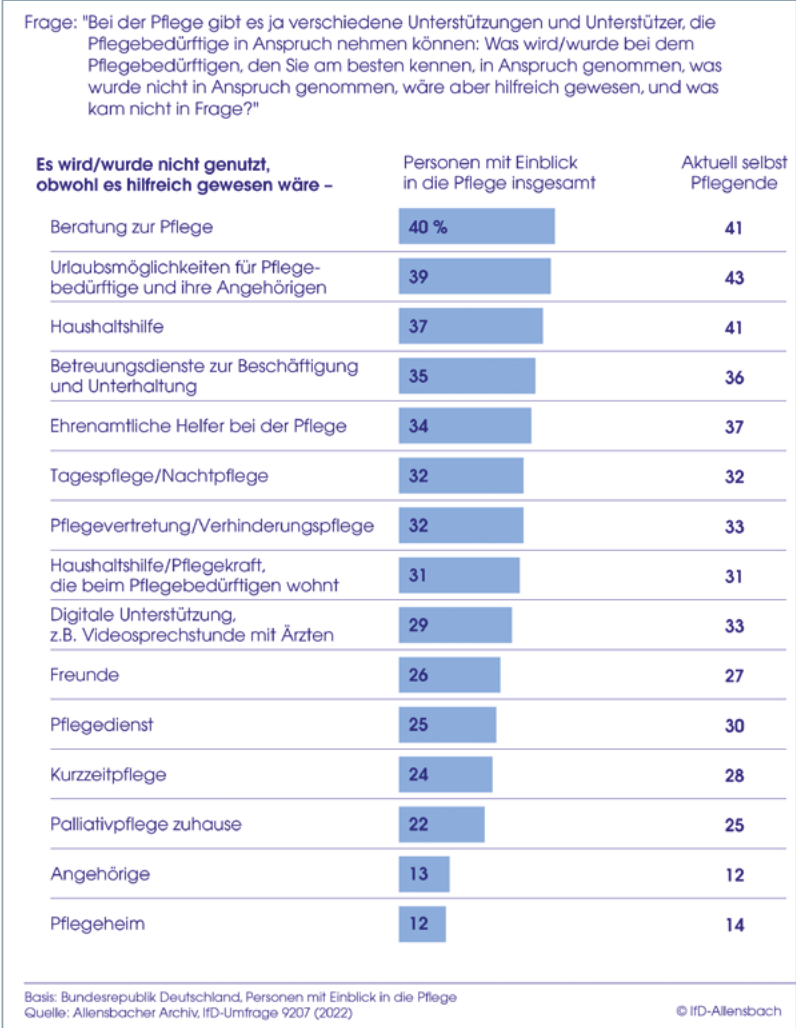
Die Nichtnutzung kann mit fehlendem Wissen, mit Barrieren in der Inanspruchnahme zu tun haben, aber auch damit, dass es schlicht an der entsprechenden Infrastruktur unterstützender Angebote fehlt. Das Thema gleichwertige Lebensbedingungen für auf Pflege angewiesene Menschen war Gegenstand des DAK-Pflegereport 2018 (vgl. Klie 2018). Wenn Kurzzeitpflege zu den Leistungen gehört, die häufig trotz Indikation nicht in Anspruch genommen werden können, hat das

Große Bedeutung professioneller Begleitung

Versorgungslücken

ganz wesentlich mit Infrastrukturdefiziten zu tun (vgl. Braeseke et al. 2019). Dass Pflegedienste nicht leicht verfügbar sind, das ist eine eher dominante Einschätzung der Pflegeerfahrenen. Wir wissen darum, dass die Infrastruktur, auch und gerade mit Blick auf ambulante Dienste, von Region zu Region sehr unterschiedlich ist. Gerade angesichts von aktuellen Engpässen auf dem Arbeitsmarkt, den zunehmend schwieriger werdenden wirtschaftlichen Bedingungen für ambulante Dienste, der Betriebsaufgabe von Trägern ambulanter Dienste, wird die Versorgungssituation in der ambulanten Pflege immer prekärer.

Abbildung 3: Nicht genutzte, aber als hilfreich betrachtete Unterstützung bei der Pflege



Die Nichtinanspruchnahme von Unterstützungsleistungen kennt aber, wie bereits angedeutet, häufig haushaltsökonomische Hintergründe. Das gilt für eine umfang-

reiche Nutzung ambulanter Pflegedienste. Das gilt auch für Haushaltshilfen. Die größten ökonomischen Barrieren bestehen hinsichtlich einer dauerhaften vollstationären Versorgung. Auch aus diesen Gründen geben 58 Prozent der pflegenden Angehörigen mit einem niedrigen sozialen Status an, dass eine Pflege im Heim nicht in Frage kommt. Bei Angehörigen mit einem höheren sozialen Status sind es immerhin noch 44 Prozent. Offenbar, so der Befund der repräsentativen Bevölkerungsbefragung, wird in vielen Familien zur Kostenvermeidung „um jeden Preis“ zu Hause gepflegt. In der Interviewstudie wird genau dieser Mechanismus in einigen Fallbeispielen deutlich werden.

Haushalts- ökonomische Implikationen

Das Zeugnis, das pflegende Angehörige, aber auch auf Pflege angewiesene Menschen den Unterstützungsangeboten ausstellen, ist überwiegend gut. Die Hilfen waren angemessen und funktional, sie hätten das Pflegearrangement unterstützt. Die Aussage gilt aber eben nur für die Haushalte, die überhaupt Unterstützungsleistungen in Anspruch genommen haben, selbstverständlich nicht für die, die sie von vornherein nicht für passfähig hielten. Wie sich in konkreten, in bestimmten lebensweltlichen Konstellationen die fehlende Passfähigkeit von Angeboten zeigt, das wird in der Interviewstudie anschaulich. Als weniger gut bewerten 20 Prozent, als gar nicht gut nur 3 Prozent der Befragten die von ihnen in den Pflegehaushalten in Anspruch genommenen Leistungen. Das gute Zeugnis, das die pflegeerfahrenen Befragten abgeben, hängt im Wesentlichen mit den Pfleger*innen zusammen, die sich aus ihrer Sicht viel Mühe geben, aber ihrerseits unter sehr ungünstigen Bedingungen arbeiten müssen. Zeitdruck und Überlastung charakterisieren die Arbeitsbedingungen der in Pflegediensten Beschäftigten aus Sicht der Pflegeerfahrenen. Sie spüren den Arbeitsdruck, würdigen das Engagement und ihre Leistung. Beklagt wird allerdings auch, dass bei ständigem Wechsel der Pflegekräfte eine für die Pflege wichtige Vertrauensbeziehung nicht entstehen kann. Wie wichtig die Vertrauensebene für eine gelingende Pflegebeziehung ist, wird in der Interviewstudie vielfach benannt. Dass sprachliche Barrieren, insbesondere beim Einsatz von Pflegekräften mit „internationaler Familiengeschichte“ belastend sein können, ist schon im DAK-Pflegereport 2018 (vgl. Klie 2018) deutlich geworden.

Insgesamt posi- tive Erfahrungen mit Unterstüt- zungsangeboten – mit Abstrichen

Welche Erfahrungen haben die Befragten mit der Finanzierung der Pflege? Zunächst fällt auf, dass die Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung recht selbstverständlich ist. Es gibt offenbar nur wenige Leistungsberechtigte, die die Leistungen der Pflegeversicherung nicht nutzen. Dies ist deutlich anders bei Leistungen der Grundsicherung, wo es eine große Dunkelziffer von Berechtigten gibt, die ihre Leistungen aus unterschiedlichen Gründen, nicht zuletzt auch aus sozialer Scham, nicht in Anspruch nehmen. Prominent vertreten ist auch die Krankenversicherung. Leistungen der jeweiligen Krankenkasse werden immerhin von 58 Prozent der Pflegebedürftigen nach Erfahrung der Befragten in Anspruch genommen. Auch auf eigene Einkünfte und Vermögenswerte wird zurückgegriffen. Es bleibt aber dabei: Die Inanspruchnahme der Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung steht im Vordergrund und zumeist werden die Leistungen der Kranken- und Pflegeversi-

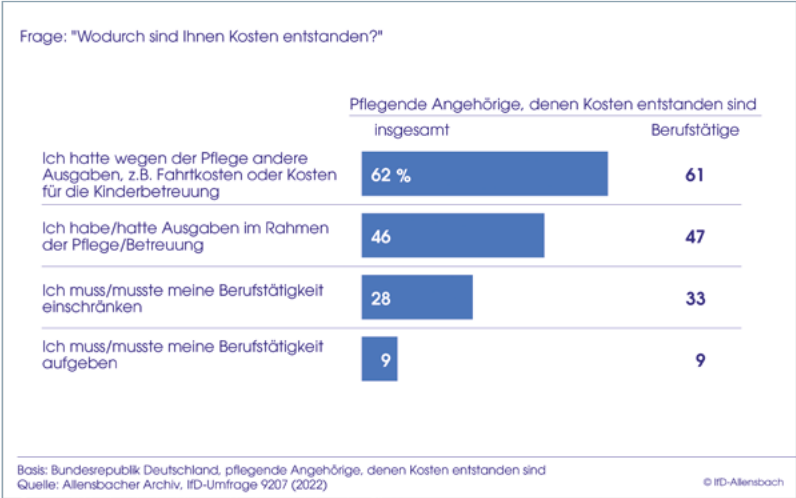
Inanspruch- nahme von Leistungen der Kranken- und Pflegeversiche- rung

cherung auch in der Höhe als Orientierung für die Inanspruchnahme von Leistungen genommen. Die Bereitschaft privat weitere Kosten für die Pflege zu tragen ist keineswegs verbreitet. Sie zu vermeiden, gehört zu den haushaltsökonomischen Kalkülen der Pflegehaushalte. Auch hier gibt es deutliche soziale Unterschiede: Haushalte mit einem höheren sozialen Status sind erwartbar eher bereit aus laufenden Einnahmen und Vermögen Kosten der Pflege zu stemmen.

Opportunitätskosten

Die Kosten der Pflege entstehen nicht nur in finanzieller Hinsicht. Man spricht von Opportunitätskosten, wenn die Berufstätigkeit (teilweise) aufgegeben wird, auf Hobbys verzichtet wird, die Familie zurückstehen muss, um in diesem Fall Pflege- und Sorgeaufgaben zu übernehmen. Die Opportunitätskosten entstehen insbesondere bei Haushalten mit höheren Einkommen: Sie verzichten besonders oft auf Erwerbsarbeit oder schränken sie ein. Es sind aber auch Nebenkosten, die entstehen, wie zum Beispiel der Kinderbetreuung, Fahrtkosten etc. pp.

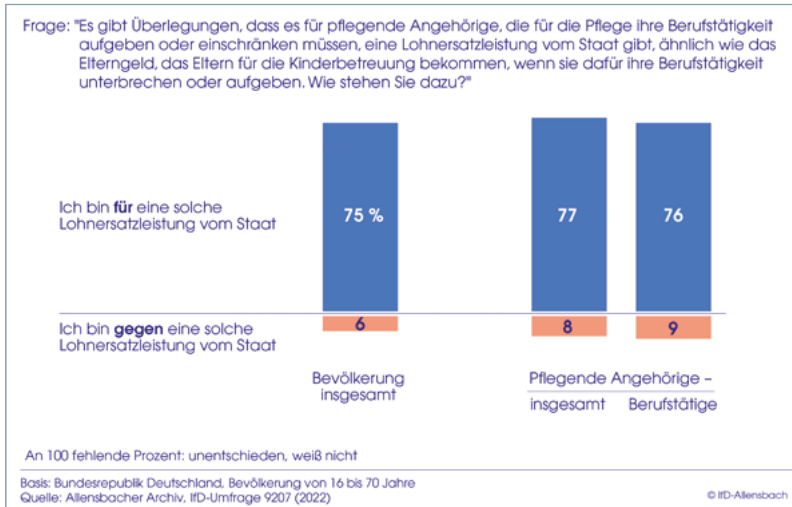
Abbildung 4: Wodurch pflegenden Angehörigen Kosten für die Pflege entstehen



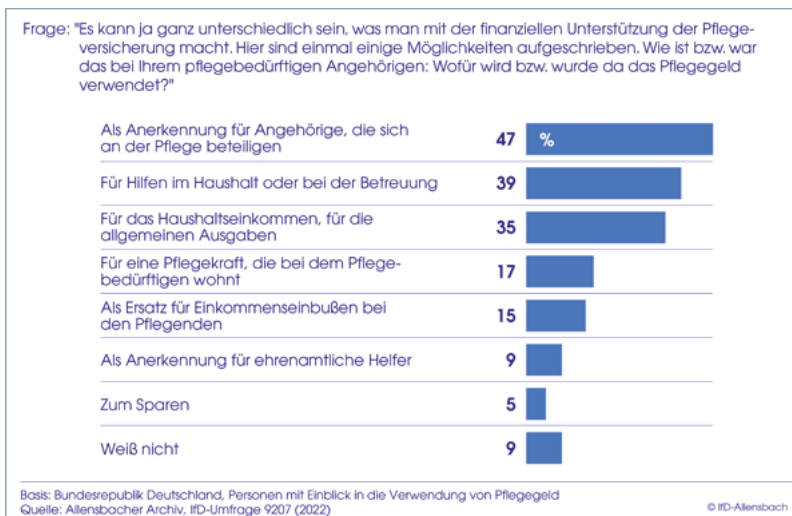
Am stärksten wird die Belastung, die dadurch entsteht, dass die Erwerbsarbeit aufgegeben oder eingeschränkt werden muss, empfunden. Dass Pflege und Erwerbsarbeit häufig nicht vereinbar ist, zeigt sich auch in den vergleichsweise häufigen Krankmeldungen von pflegenden Angehörigen: Immerhin 37 Prozent der Befragten gaben an, sich im Zusammenhang mit der Bewältigung von Pflegeaufgaben für die An- und Zugehörigen krank gemeldet zu haben (vgl. Haumann i. d. Band). Die bisherigen Angebote der Pflegeversicherung (Familienpflegezeit, etc.) waren entweder nicht bekannt oder spielen weitgehend keine Rolle.

Die Haltung zu pflegepolitischen Konzepten der Bundesregierung

Die in der Koalitionsvereinbarung der rot-grün-gelben Bundesregierung aufgenommene Forderung einer Lohnersatzleistung für pflegende Angehörige wird von einer großen Mehrheit der Befragten befürwortet: Bei pflegenden Angehörigen noch einmal deutlicher als in der Gesamtbevölkerung.

Abbildung 5: Drei Viertel der Bevölkerung für eine Lohnersatzleistung für pflegende Angehörige

Die Koalitionsvereinbarung der Ampel sieht beim Kapitel Pflege auch eine Erhöhung des Pflegegeldes vor (vgl. Bundesregierung 2021). Was geschieht mit dem Pflegegeld? Darüber wissen wir sehr wenig. Auch aus diesen Gründen sind wir in der Bevölkerungsbefragung dem Fragenkomplex nachgegangen: Wie verwenden die Pflegebedürftigen, respektive die Haushalte mit Pflegebedürftigen, das Pflegegeld?

Abbildung 6: Wofür das Pflegegeld genutzt wird

Die Anerkennung für Angehörige, die sich an der Pflege beteiligen, steht im Vordergrund. Die (anteilige) Weiterleitung des Pflegegeldes an pflegende Angehörige