



# Was leisten ambulante Pflegehaushalte?

## Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden

*Miriam Räker, Antje Schwinger und Jürgen Klauber*

- 5.1 Einleitung – 67**
- 5.2 Methodik, Übersicht zur Pflegesituation und Repräsentativität der Datengrundlage – 68**
  - 5.2.1 Methodik – 68
  - 5.2.2 Übersicht zur Pflegesituation und Repräsentativität der Datengrundlage – 69
- 5.3 Nutzung von Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung sowie sonstiger Dienstleistungen – 73**
- 5.4 Privat getragene Kosten und geleistete Pflege – 76**
  - 5.4.1 Privat getragene Kosten – 76
  - 5.4.2 Privat und durch Dienstleister erbrachte Pflege – 79

<b>5.5</b>	<b>Unterstützungsbedarfe und Bewältigung der Pflegesituation – 82</b>
5.5.1	Weiterer Unterstützungsbedarf – 82
5.5.2	Gründe für die Nichtinanspruchnahme von Unterstützungsleistungen – 84
5.5.3	Bewältigung der Pflegesituation – 86
<b>5.6</b>	<b>24-Stunden-Pflegearrangements – 88</b>
<b>5.7</b>	<b>Zusammenfassung und Fazit – 92</b>
	<b>Literatur – 93</b>

### ■ Zusammenfassung

Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen wird auch heute in der eigenen Häuslichkeit unter Einbindung unterschiedlicher Hilfen versorgt. Mit Hilfe einer Online-Befragung wurden rund 1.100 Hauptpflegepersonen zu den aufgebrauchten finanziellen und zeitlichen Eigenleistungen befragt. Die Analysen zeigen auf, dass die ambulante Pflege maßgeblich durch die Hauptpflegeperson und weitere in die Pflege eingebundene Personen getragen wird. Es zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Belastungsfaktoren bezogen auf das Vorliegen einer Demenz sowie der Pflegeschwere und der selbst geleisteten Pflege und Betreuung. Privat aufgewendete finanzielle Mittel werden nur von jedem Vierten der Befragten angegeben. Diese privaten Aufwendungen sind ebenfalls bei Haushalten mit demenziell Erkrankten überdurchschnittlich hoch und steigen mit dem Pflegegrad an. Einkommen, Bildung oder Erwerbstätigkeit hingegen haben keinen signifikanten Einfluss auf die privat aufgewendeten finanziellen Mittel. Wenn auch die Mehrzahl der Pflegehaushalte die Situation bewältigen kann, zeigen bis zu einem Viertel der Haushalte hohe Belastungswerte. Die Erhebung rückt damit Fragen nach gezielter Unterstützung und einem differenzierten Leistungszuschnitt in den Fokus.

*The majority of people in need of long-term care are still being cared for in their own homes. By means of an online survey, around 1,100 caregivers were asked about their financial contributions and the time they spent caring. The analysis shows that long term care at home is largely the responsibility of the primary caregiver and other non-paid persons. There is a clear correlation between the burdens caused by dementia as well as the severity of care and the amount of care and assistance provided. Only one in four of the respondents stated that they spent private money. These private expenditures are above average for households with patients suffering from dementia and increase with the degree of care dependency. Income, education or employment, on the other hand, have no significant influence on*

*the financial resources spent privately. Even if the majority of households can cope with the situation, up to a quarter show high levels of burden. The survey thus focuses on questions of targeted support and service provision.*

## 5.1 Einleitung

2017 wurden drei Viertel der 3,4 Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland zu Hause gepflegt und betreut, zumeist durch Angehörige und andere nahestehende Personen (Statistisches Bundesamt 2018). Trotz vielzähliger Reformschritte in den vergangenen zehn Jahren und der damit verbundenen deutlichen Verbesserung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten liegt weiterhin ein erheblicher Anteil der Pflegeleistungen in der Verantwortung der Betroffenen und ihrer Pflegenden. Die Übernahme von Pflegeverantwortung geht nicht selten mit Einschränkungen in der eigenen Berufstätigkeit sowie Lohn- und Gehaltsverlusten einher (Ehrlich et al. 2019), ebenso mit Beeinträchtigungen der körperlichen und psychischen Gesundheit (z. B. DAK-Gesundheit 2015; Gräsel und Behrnt 2016; Schwinger et al. 2016; Rothgang und Müller 2018). Die mit der Pflege in der Häuslichkeit verbundenen zeitlichen und finanziellen Aufwendungen standen bereits im Fokus unterschiedlicher Studien (u. a. Ehrlich und Kelle 2019; Hielscher et al. 2017; Rothgang et al. 2017). Gleichwohl bekommen die in der ambulanten Pflege erbrachten Eigenleistungen und Eigenanteile aufgrund der Diskussion um die finanziellen Aufwände der stationär versorgten Pflegebedürftigen aktuell eine ganz neue Bedeutung. Mit dem derzeit diskutierten *Sockel-Spitze-Tausch* (Rothgang und Kalwitzki 2019; Rothgang et al., ► Kap. 6 im gleichen Band) sollen die pflegebedingten Eigenanteile von Pflegeheimbewohnern auf einem einheitlichen Maximalbetrag fixiert werden. Gleichzeitig wird diskutiert, dass die heutige Trennung – bzw. genauer die ungleichen Leistungsansprüche und Rahmenbe-

dingungen – zwischen ambulanter und stationärer Pflege perspektivisch aufgehoben werden müsste (Rothgang und Kalwitzki 2019; Szepan 2018; Schwinger und Tsiasioti, ► Kap. 3 im gleichen Band). Vor diesem Hintergrund nimmt die vorliegende Untersuchung die aktuellen finanziellen und zeitlichen Pflegeaufwendungen der Angehörigen und anderer Pflegepersonen in den Blick. Die Befragung von 1.106 Pflegepersonen aktualisiert damit bereits bestehende Erhebungen auf die Zeit nach 2017, d. h. nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, durch die sich nicht nur die Grundgesamtheit der ambulant Pflegebedürftigen, sondern auch die Leistungsansprüche nochmals verändert haben.

## 5.2 Methodik, Übersicht zur Pflegesituation und Repräsentativität der Datengrundlage

### 5.2.1 Methodik

Mithilfe des forsa.omninet-Panels wurde eine Online-Befragung von Hauptpflegepersonen durchgeführt. Das forsa.omninet-Panel umfasst ca. 75.000 Teilnehmende, die Panelisten wurden über bevölkerungsrepräsentative Telefoninterviews auf Basis von Zufallsstichproben rekrutiert. Eine Incentivierung zur Teilnahme erfolgte – wie im Rahmen aller Befragungen von forsa.omninet – mithilfe von Bonuspunkten, die sich nach der Fragebogenlänge richten. In die Untersuchung eingeschlossen wurden Personen in Deutschland ab 18 Jahre, die – nach Selbstauskunft – Hauptpflegeperson einer pflegebedürftigen Person mit anerkanntem Pflegegrad der Pflegeversicherung sind, die nicht im Pflegeheim wohnt. Die zu pflegende Person musste gleichwohl nicht im selben Haushalt wie der oder die Befragte leben. Die Zielgruppe der Pflegehaushalte bzw. der Pflegenden wurde über ein Screening im Rahmen

des forsa.omninet-Panels ermittelt.<sup>1</sup> Insgesamt enthielt die Nettostichprobe 1.108 Befragte, mit 1.106 gültigen Fällen. Die Erhebung erfolgte im Zeitraum vom 17. Dezember 2019 bis 13. Januar 2020. Zur Sicherung der Repräsentativität der Ergebnisse wurde eine retrospektive Struktur-Gewichtung der Stichprobenergebnisse nach Pflegegrad, Geschlecht und Alter der gepflegten Person auf Grundlage der Pflegestatistik 2017 vorgenommen (Statistisches Bundesamt 2018). Eine entsprechende Gewichtung im Hinblick auf die Hauptpflegeperson ist nicht möglich, da für die Grundgesamtheit der Personen, die in Deutschland informelle Pflegetätigkeiten leisten, keine analoge amtliche Statistik vorliegt. Dennoch können eine Reihe an Erhebungen herangezogen werden, um – bezogen auf weitere, durch die Struktur-Gewichtung nicht erfasste Parameter – die Repräsentativität der hier gewonnenen Ergebnisse einzuordnen. Die zentralen Referenzstudien basieren zum einen auf Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) und weisen damit aufgrund der SOEP-Erhebungsmethodik eine hohe Bevölkerungsrepräsentativität auf, gleichwohl fassen sie den Begriff der pflegebedürftigen Person sowie der Pflegeperson weniger eng und nehmen zumeist einen anderen Fokus ein (Geyer 2016; Geyer und Schulz 2014; Kochskämper und Stockhausen 2019). Weitere wesentliche Quellen sind die 2016 und 2019 veröffentlichten bevölkerungsrepräsentativen telefonischen Befragungen

<sup>1</sup> Insgesamt wurden 45.000 Teilnehmer des forsa.omninet-Panels ab 18 Jahren durch eine kurze E-Mail zur Befragung eingeladen. Von den eingeladenen Panelisten haben 55 % (24.670 Befragte) mit der Befragung begonnen, erfüllten jedoch die Screening-Kriterien nicht, die Befragung wurde entsprechend nicht zu Ende geführt (Screenouts). 562 Panelisten haben die Befragung, trotz erfüllter Screening-Kriterien abgebrochen (Abbrecher). Die Nettostichprobe umfasst 1.108 beendete Interviews mit zur Zielgruppe gehörenden Panelisten. Es wurden im Befragungszeitraum zwei Reminder versendet. In der Zeit vom 9. bis 11. Dezember 2019 erfolgte mit 63 Personen ein Pretest, um das Erhebungsinstrument auf seine Tauglichkeit und Akzeptanz zu überprüfen. Aus den Ergebnissen des Pretests resultierten einzelne Anpassungen der Frageführungen und -formulierungen.

gen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten oder ihren Angehörigen (N 2016 = 1.479 und N 2019 = 1.830) von TNS infratest (Schneekloth et al. 2017) respektive Kantar (Kantar 2019). Diese im Auftrag des BMG durchgeführten Evaluationsstudien liefern aufgrund ihrer Aktualität gute Vergleichsdaten, wenngleich der Aspekt „selbst getragene Kosten und selbst geleistete Pflege“ nicht vertiefend beleuchtet wurde. Hielscher et al. (2017) hingegen haben in ihrer iso-Befragung (N = 1.024) mittels standardisierter schriftlicher und telefonischer Interviews gezielt die finanziellen und zeitlichen Eigenleistungen erfasst. Pflegebedürftige unter 65 Jahre wurden jedoch aus dieser Befragung ausgeschlossen, was den direkten Vergleich mit den vorliegenden Ergebnissen einschränkt.<sup>2</sup> Eine weitere schriftliche Befragung von BARMER-Versicherten (N = 1.862) durch Rothgang und Müller (2018) legte den Schwerpunkt auf die Gesundheit pflegender Angehöriger, liefert aber dennoch Vergleichsinformationen. Als weitere Referenz diente die 2015 durch das WiDO durchgeführte telefonische GfK-Befragung (Schwinger et al. 2016) mit rund 1.000 Hauptpflegepersonen.

### 5.2.2 Übersicht zur Pflegesituation und Repräsentativität der Datengrundlage

Aufgrund der vorgenommenen Gewichtung entspricht die Alters-, Geschlechts- und Pflegegradverteilung der – indirekt über die Hauptpflegeperson – betrachteten Pflegebedürftigen, derjenigen der bundesweit ambulant Pflegebedürftigen (■ Tab. 5.1). Die Alters- und Geschlechtsverteilung der befragten Hauptpflegepersonen deckt sich mit Ergebnissen auf Basis von Auswertungen des SOEP (Kochskämper

und Stockhausen 2019), wenngleich in den übrigen in ► Abschn. 5.2.1 benannten Studien höhere Altersgruppen wie auch Frauen stärker vertreten sind als in der hiesigen Stichprobe. Der Anteil der Befragten, die im selben Haushalt wie die pflegebedürftige Person lebt, weicht hingegen deutlich von den Referenzstudien ab (Kantar 2019: 65 %; SOEP-Auswertung durch Geyer 2016: 82 %, hier 50,3 %). Die hier angegebenen Pflegedauern liegen einerseits unterhalb der von Rothgang und Müller (2018) erfassten (Pflegedauer ≥ 8 Jahre: 28,1 % zu hier 19,1 %), hingegen deutlich über den Angaben der WiDO-Erhebung aus dem Jahr 2015 (Schwinger et al. 2016) (Pflegedauer ≥ 5 Jahre: 17 % zu hier 36,6 %). Die persönliche Belastungssituation der befragten Hauptpflegepersonen wurde mit Hilfe der Kurzversion der Häuslichen-Pflege-Skala (HPS-k) erhoben. Der HPS-Score erfasst in Form von zehn Fragen unter anderem, ob die Lebenszufriedenheit gelitten hat, die Befragten körperliche Erschöpfung oder eine angegriffene Gesundheit empfinden, ob sie Rollenkonflikte und den Wunsch haben, aus der Situation auszubrechen, oder sich sozial isoliert fühlen (Gräßel et al. 2014). Jeder vierte Befragte (25,8 %) ist demnach „hoch belastet“.

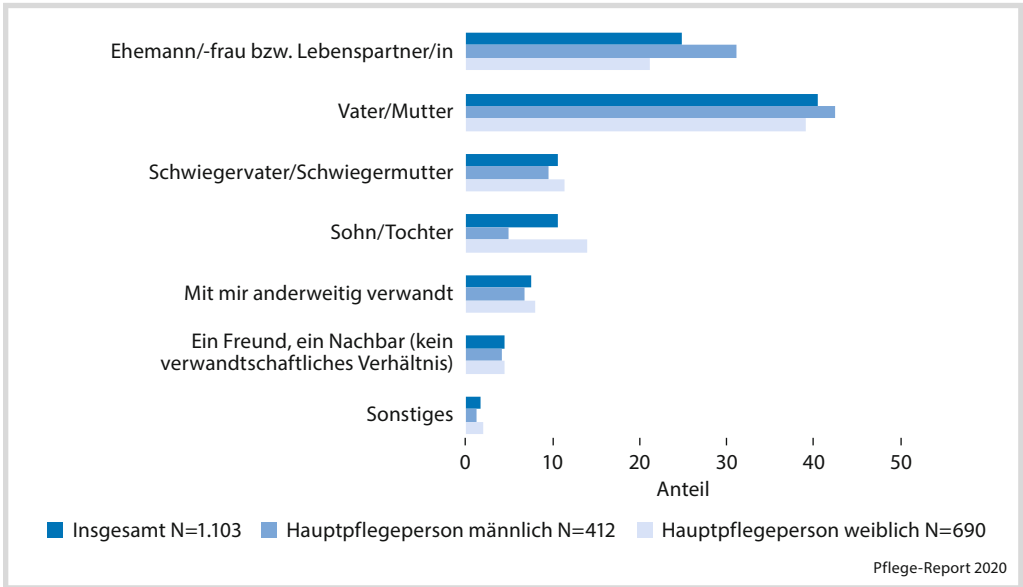
Das Verwandtschaftsverhältnis von Pflegebedürftigen und Hauptpflegeperson (■ Abb. 5.1) weicht ebenso von Ergebnissen anderer Befragungen ab. Kantar (2019) weist einen höheren Anteil Personen aus, die den eigenen Partner pflegen (34 %), dafür geringere Anteile hinsichtlich der Pflege der Eltern oder Schwiegereltern (41 %). Männer pflegen signifikant überproportional häufig die eigene Ehefrau bzw. den eigenen Lebenspartner und übernehmen überproportional häufig die Pflege der eigenen Eltern. Frauen hingegen übernehmen häufiger die Pflege des Schwiegervaters, der Kinder sowie Pflege in nicht verwandtschaftlichen Konstellationen (■ Abb. 5.1).

■ Abb. 5.2 zeigt die Einkommenssituation der befragten Pflegehaushalte. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Haushaltsgrößen liegt das durchschnittliche monatliche Pro-Kopf-Einkommen in der Stichprobe bei

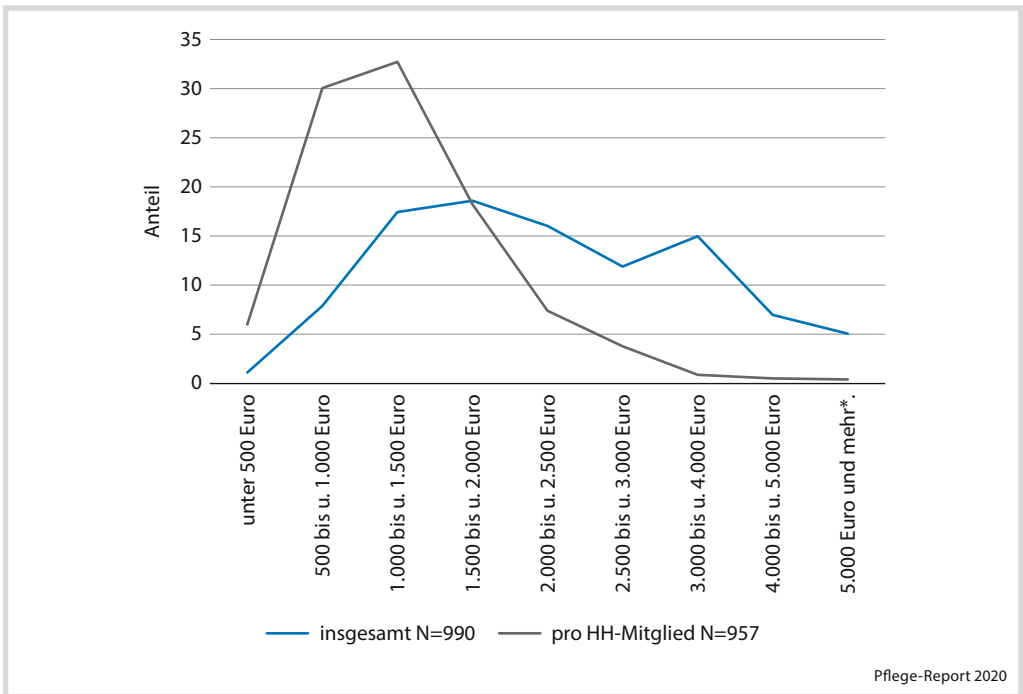
<sup>2</sup> Wir danken den Verantwortlichen der Studien „Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten“, „Evaluation des PNG und PSG I, private Pflegehaushalte“ sowie „Evaluation des PSG II, private Pflegehaushalte“ für die Überlassung der Studienfragebögen.

**■ Tabelle 5.1** Charakterisierung der Stichprobe: Pflegebedürftige und Hauptpflegepersonen, in %

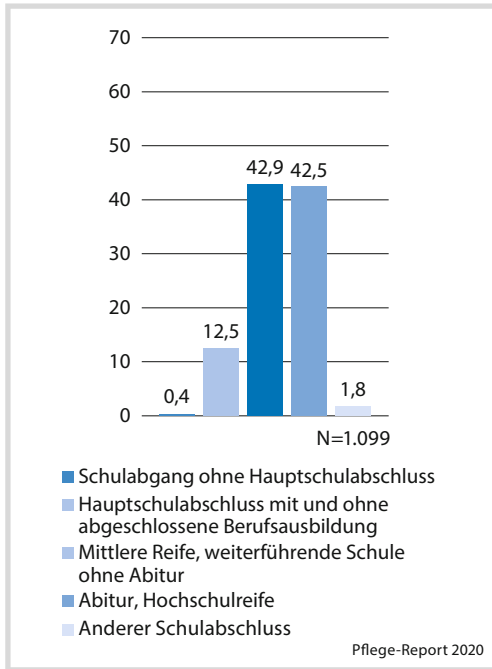
<b>Pflegebedürftige</b>		
Alter (N = 1.093)	18–59 Jahre	18,0
	60–79 Jahre	31,6
	80+	50,5
	Mittelwert	74,6
Geschlecht (N = 1.104)	Männlich	39,3
	Weiblich	60,7
Pflegegrad (N = 1.101)	Pflegegrad I	1,4
	Pflegegrad II	53,5
	Pflegegrad III	29,5
	Pflegegrad IV	11,9
	Pflegegrad V	3,5
Demenz (N = 1.089)	Ja	25,6
	Nein	74,4
<b>Hauptpflegeperson</b>		
Alter (N = 1.084)	18–59 Jahre	58,8
	60–79 Jahre	37,9
	80+	3,2
	Mittelwert	57,2
Geschlecht (N = 1.103)	Männlich	37,4
	Weiblich	62,6
Dauer der Pflege (N = 1.103)	≥ 5 Jahre	36,6
	≥ 1 Jahr bis < 5 Jahre	54,4
	< 1 Jahr	9,0
Subjektive Belastung der Hauptpflegeperson nach Häuslicher-Pflege-Skala (HPS-Score) (N = 1.054)	Hoch	25,8
	Mittel	43,2
	Niedrig	31,0
<b>Pflegebedürftiger und Hauptpflegeperson</b>		
Hauptpflegeperson und Pflegebedürftiger leben im selben HH (N = 1.105)		50,3



**Abb. 5.1** Verwandschaftliches oder sonstiges Verhältnis zur gepflegten Person, in %. Chi-Quadrat und Cramer-V-Test zeigen, dass ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht und Verwandschaftsgrad besteht ( $p = 0,001$ ) (Signifikanzniveau 5 %); es handelt sich um einen kleinen bis mittleren Effekt (Cramer-V = 0,174)



**Abb. 5.2** Haushaltsnettoeinkommen der Pflegehaushalte\* insgesamt und durchschnittlich pro Haushaltsmitglied, in %. \*Haushaltsnettoeinkommen des gemeinsamen Haushalts der Hauptpflegeperson und des Pflegebedürftigen sowie bei getrennten Haushalten das Haushaltsnettoeinkommen des Pflegebedürftigen



■ **Abb. 5.3** Bildungsabschluss der Hauptpflegepersonen, in %

1.312 €<sup>3</sup> (Median: 1.249 €). Die hier erhobene Einkommenssituation ähnelt derjenigen bei Kantar (2019) und ebenso der bei Hielscher et al. (2017).

Der Blick auf den formalen Bildungsabschluss zeigt, dass der Anteil der Pflegepersonen mit einem hohen formalen Bildungsabschluss in der hiesigen Befragung überrepräsentiert ist. 43 % gaben als höchsten for-

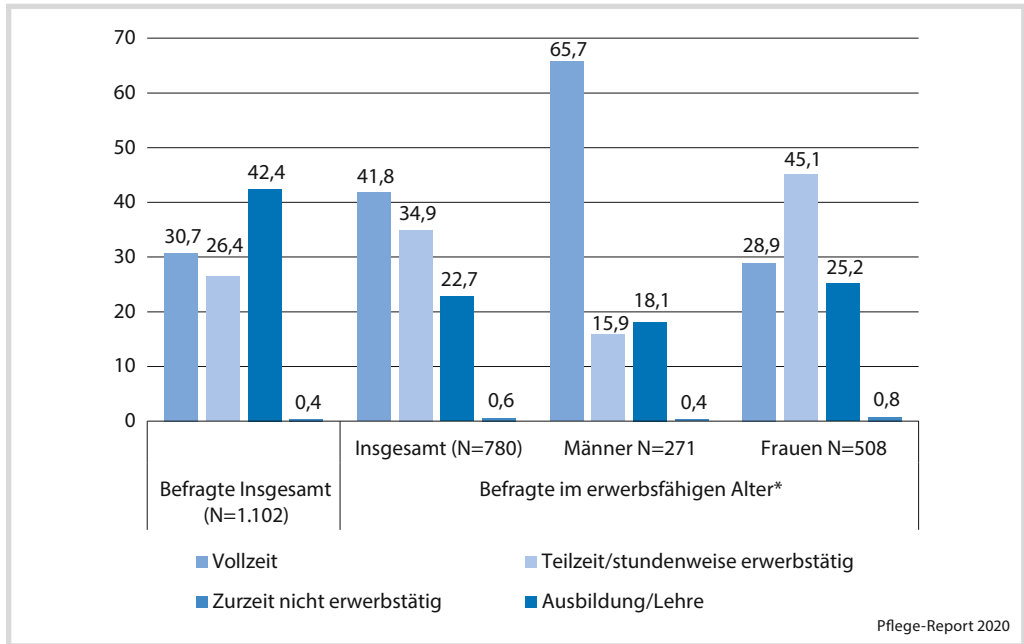
malen Bildungsabschluss das Abitur (die allgemeine Hochschulreife) an (■ Abb. 5.3, 5.4). Bei Rothgang und Müller (2018) betrug dieser Wert lediglich 30 %, bei Hielscher et al. (2017) 25 %. Betrachtet man den Anteil der Normalbevölkerung, der sich nicht in schulischer Ausbildung befindet, zeigt sich, dass trotz wachsender Anzahl an Menschen mit Abitur nur rund 32,7 % eine (Fach-)Hochschulreife erlangt haben (Statistisches Bundesamt 2019, eigene Berechnungen). Höher gebildete Personen sind in wissenschaftlichen Umfragen jedoch allgemein überrepräsentiert, insbesondere bei Online-Erhebungen (Schmidt 2018).

Von den Befragten sind rund ein Drittel in Vollzeit (30,7 %) und rund ein Viertel (26,4 %) in Teilzeit oder stundenweise tätig (■ Abb. 5.3, 5.4). Die Anteile steigen erwartungsgemäß bei der reinen Betrachtung der Befragten im Erwerbsalter zwischen 18 und 65 Jahren. Männliche Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter sind deutlich häufiger als Frauen in Vollzeit berufstätig (65,7 % zu 28,9 %). Der Vergleich mit anderen Studien zeigt, dass außerdem der Anteil der Erwerbstätigen (76,7 % sind in Vollzeit, Teilzeit oder geringfügig beschäftigt) hier höher liegt als bei Geyer und Schulz (2014) (65 %) oder Kantar (2019) (66 %). Dies ist mit Blick auf das höhere Bildungsniveau der vorliegenden Stichprobe plausibel.

Die in der Studie befragten Hauptpflegepersonen sind damit für die Gesamtheit der ambulant Pflegebedürftigen bezogen auf Alter, Geschlecht und Pflegeschwere repräsentativ. Gleichwohl zeigen sich im Vergleich zu anderen Erhebungen Spezifika, die bei weiteren Interpretationen der Ergebnisse zu berücksichtigen sind. So liegen das Bildungsniveau und der Erwerbstätigenanteil höher, sicherlich bedingt durch die gewählte Erhebungsmethode. Unterproportional vertreten sind auch gemeinsame Haushalte von Pflegebedürftigen und Hauptpflegepersonen. Die Einkommenssituation, die mit Blick auf die erfragten finanziellen Eigenleistungen der Haushalte eine relevante Größe darstellt, erscheint hingegen nicht verzerrt.

<sup>3</sup> Das monatliche Haushaltsnettoeinkommen wurde zunächst als kategoriale Variable mit neun Kategorien, für den Haushalt der Hauptpflegeperson und – sofern es ein getrennter Haushalt ist – für den Haushalt der pflegebedürftigen Person erfasst. Um das durchschnittliche Monatseinkommen zu berechnen, wurden die Mittelwerte der einzelnen Kategorien herangezogen. Zur Berechnung des durchschnittlichen monatlichen Pro-Kopf-Einkommens (also des Einkommens nach Haushaltsgröße) wurden die Mittelwerte der einzelnen Kategorien in Relation zu der genannten Haushaltsgröße des Pflegehaushalts (also des Haushalts, in dem die pflegebedürftige Person lebt) gesetzt.





■ **Abb. 5.4** Erwerbstätigkeit der Hauptpflegepersonen, in %. \*Erwerbsalter, Befragte zwischen 18 und einschließlich 65 Jahren

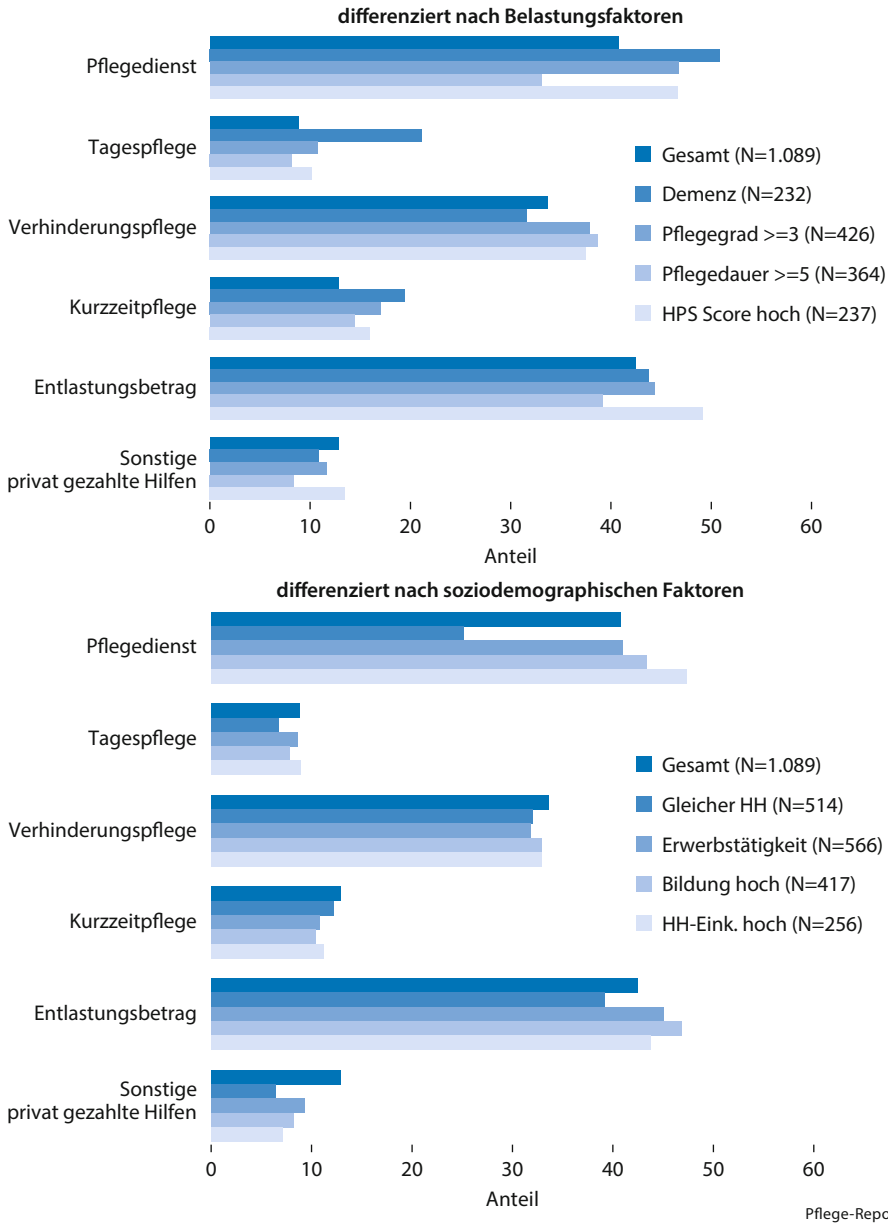
### 5.3 Nutzung von Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung sowie sonstiger Dienstleistungen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf eine Reihe von Leistungen der Pflegeversicherung. Die Hauptpflegepersonen wurden insofern im ersten Schritt gefragt, welche dieser Unterstützungsangebote sie nutzen (■ Tab. 5.2).

Für fast alle abgefragten Leistungen gaben die Befragten zum Teil deutlich höhere Nutzeranteile an als sie aus Abrechnungsdaten von Pflegekassen bekannt sind. Die Abweichungen können verursacht sein aus Charakteristika der Stichprobe (z. B. überproportionaler Bildungsstatus und Erwerbstätigkeit) resultieren oder aber durch die Diskrepanz zwischen dem, was die Befragten unter den von ihnen genutzten Angeboten verstehen und dem, wie die leistungsrechtlichen Gegebenheiten es vorgeben. Ebenso wurde nach weiteren privat organisier-

ten Hilfen gefragt, welche 13 % der hier Befragten angaben. Als Ergänzung zu den Leistungen der Pflegeversicherung hat in den vergangenen Jahren zudem die Möglichkeit der 24-Stunden-Pflege an Bedeutung gewonnen. Von den hier Befragten nutzen nach eigenen Angaben 8 % eine solche 24-Stunden-Pflege (■ Tab. 5.2)<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Ermittelt wurden die Pflegehaushalte, in den eine 24-Stunden-Pflege genutzt wird, zum einen über die folgende Frage: „Es gibt auch das Modell einer 24-Stunden-Pflege, bei der eine persönliche Pflegekraft temporär im Haushalt der pflegebedürftigen Person wohnt. Die Haushalts- und Pflegekräfte stammen dabei häufig aus Osteuropa. Das Angebot einer 24-Stunden-Pflege wird i. d. R. über eine Agentur vermittelt und verwaltet. Wird für die Pflege und Betreuung der von Ihnen gepflegten Person eine solche 24-Stunden-Pflege genutzt?“. Diese Frage wurde jedoch als Filterfrage nach einer Frage zur Nutzung von privat bezahlten Hilfen gestellt, somit wurden nur 139 Personen dazu befragt (26 Befragte beantworteten die Frage mit „keine Angabe“ und 940 mit „nein“). Daher wurden mittels anderer Fragen weitere Nutzer und Nutzerinnen ermittelt. Gaben die Befragten an, einen Pflegedienst, die Tages-, Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege nicht



**Abb. 5.5** Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung und anderen Dienstleistungen (Pflegehaushalte ohne 24-Stunden-Pflege) differenziert nach Belastungsfaktoren und soziodemographischen Faktoren, in %. Folgende Differenzierungen zeigen signifikante Unterschiede (Chi-Quadrat nach Pearson, Signifikanzniveau wurde bei 5 % festgelegt): **Demenz:** Pflegedienst, Tagespflege, Kurzzeitpflege, sonstige privat gezahlte Hilfen; **Pflegegrad  $\geq 3$ :** Pflegedienst, Tagespflege, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, sonstige privat gezahlte Hilfen; **Pflegedauer  $\geq 5$ :** Pflegedienst, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege; **HPS-Score hoch:** Pflegedienst, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, Entlastungsbetrag, sonstige privat gezahlte Hilfen; **Gleicher HH:** Pflegedienst, Kurzzeitpflege, Entlastungsbetrag; **Erwerbstätigkeit:** Entlastungsbetrag, sonstige privat gezahlte Hilfen; **Bildung hoch:** Pflegedienst, Verhinderungspflege, Entlastungsbetrag; **HH-Eink. Hoch:** Pflegedienst

**■ Tabelle 5.2** Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung und anderen Dienstleistungen, in %

Leistungsart	Anteil Befragte mit Inanspruchnahme	Anteil Pflegebedürftige mit Inanspruchnahme auf Grundlage von AOK-Routinedaten (2018) <sup>b</sup>
Pflegegeld (Geldleistung)	95,5	92,8
Pflegedienst (Sachleistung)	40,8	26,9
Nur Pflegegeld <sup>a</sup>	57,4	73,1
Kombination von Pflegedienst und -geld <sup>a</sup>	38,8	19,7
Nur Pflegedienst <sup>a</sup>	2,5	7,2
Tagespflege	8,8	5,0
Verhinderungspflege	33,6	26,1
Kurzzeitpflege	12,9	7,1
Entlastungsbetrag	42,5	33,0
Sonstige privat gezahlte Hilfen	12,9	–
24-Stunden-Pflege	8,0	–

<sup>a</sup> Anteile jeweils bezogen auf Personen mit mindestens einer Angabe zur Nutzung von Pflegegeld oder Pflegediensten (N = 975)

<sup>b</sup> standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur aller gesetzlich Versicherten  
Pflege-Report 2020

Hochgerechnet wären dies rund 210.000 Pflegebedürftige, die auf eine solche Versorgungsform angewiesen sind. Da die Nutzerinnen und Nutzer der 24-Stunden-Pflege mit Blick auf die Inanspruchnahme von anderen Leistungen und die aufgebrauchten finanziellen und zeitlichen Eigenleistungen nicht direkt mit den übrigen Pflegehaushalten verglichen werden können, werden sie in ► Abschn. 5.6 gesondert betrachtet und in den folgenden Analysen aus der Betrachtung herausgenommen.

Unter Ausgliederung der Haushalte mit 24-Stunden-Pflege wurde die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung im nächsten Schritt unter Berücksichtigung

unterschiedlicher Betroffenheitslagen und sozioökonomischer Faktoren betrachtet (■ Abb. 5.5). Es zeigt sich, dass Pflegehaushalte mit demenziell erkrankten Personen, mit einem Pflegegrad größer als 2 und solche mit einem hohen HPS-Score die Angebote der Pflegeversicherung überproportional in Anspruch nehmen, wobei eine längere Pflegedauer – mit Ausnahme bei den Leistungen der Verhinderungspflege – im Durchschnitt nicht zu einer höheren Inanspruchnahme führt. Betrachtet man die Nutzeranteile unter Hinzuziehung soziodemographischer und struktureller Faktoren, zeigen sich wesentlich schwächere Zusammenhänge. Das verfügbare Haushaltseinkommen, höhere Bildung und Erwerbstätigkeit gehen lediglich bei der Nutzung von Pflegediensten und dem Entlastungsbetrag mit ähnlichen Inanspruchnahmeraten einher wie bei erhöhten Belastungssituationen. Auffällig ist zudem, dass Pflegehaushalte, in denen die Hauptpflegeperson zusammen mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt lebt, vor allem signi-

in Anspruch zu nehmen, da sie eine 24-Stunden-Pflege nutzen, wurden sie dieser Gruppe hinzugefügt. Dies erfolgte ebenfalls, wenn angegeben wurde, dass finanzielle Mittel für die Verhinderungspflege oder der Entlastungsbetrag für die Finanzierung der 24-Stunden-Pflege genutzt wurden. In der Summe konnten 88 Fälle ermittelt werden, die angaben, eine 24-Stunden-Pflege zu nutzen.

fikant und deutlich seltener einen Pflegedienst in Anspruch nehmen. Sonstige privat gezahlte Hilfen werden lediglich durch Erwerbstätige häufiger genutzt; das Haushaltseinkommen spielt, wenn die selbst gezahlte 24-Stunden-Pflege außen vor ist, keine Rolle. Erwartungsgemäß wird dann private Hilfe in erster Linie abhängig von der Belastung zugekauft, bzw. wenn Erwerbstätigkeit weitere private Hilfe eher erforderlich macht.

## 5

## 5.4 Privat getragene Kosten und geleistete Pflege

### 5.4.1 Privat getragene Kosten

Befragte, die angaben, Leistungen der Pflegeversicherung oder sonstige private Hilfen zu nutzen, sollten in einem zweiten Schritt die monatlichen Kosten angeben, die in diesem Zusammenhang anfallen. Erfragt wurden die Ausgaben, die nicht bei der Pflegekasse eingereicht und durch diese rückerstattet werden können. Privat bezahlte Fahrtkosten im Zusammenhang mit der Nutzung von Tagespflege oder Arztbesuchen etc., Kosten für hauswirtschaftliche Unterstützung wie Reinigungskräfte oder weitere Dienstleistungen zur Unterstützung der alltäglichen Lebensführung (wie z. B. „Essen auf Rädern“, Liefer- oder Reinigungsservice) wurden hingegen nicht erfragt. Insgesamt gaben 39 % der Befragten, die mindestens eine der genannten Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen hatten, zusätzliche hiermit in Zusammenhang stehende private Kosten an. Durchschnittlich lagen diese bei 198 € (Tab. 5.3).

Während jeder dritte Nutzer von Pflegediensten (32,9 %) angibt, zusätzlich private Kosten zu übernehmen, war dies bei Nutzern der Tagespflege fast jeder Zweite (46,8 %). Die durchschnittlichen Eigenanteile derjenigen, die Kosten angaben, betragen bei Pflegedienst-Nutzern 201 € und bei Tagespflege-Nutzern 234 €. Die privaten Eigenleistungen bei der zeitlich begrenzten Nutzung von Kurzzeit- oder

Verhinderungspflege lagen mit 81 € sowie 77 € bezogen auf einen Monat deutlich darunter (erfragt wurden die getragenen Kosten der vergangenen zwölf Monate). Der Anteil derjenigen, die Zuzahlungen leisten mussten, lag dabei mit 44 % bei der Kurzzeitpflege höher als bei der Verhinderungspflege mit 32 %. Lediglich 5 % der Befragten gaben an, zusätzlich weitere private Hilfen zu finanzieren (ohne Personen, die angaben, 24-Stunden-Pflege zu nutzen). War dies der Fall, so lagen die mittleren Kosten bei 339 €. Werden privat getragene Kosten für Leistungen der Pflegeversicherung und private Hilfen zusammen betrachtet, zeigt sich, dass jeder vierte Befragte (25,0 %) solche finanziert, bei einem durchschnittlichen Eigenanteil von 252 €.

Die dargestellten Ergebnisse sind dahingehend zu relativieren, dass zum einen der Anteil an Befragten, die keine Angabe machen konnten oder wollten, mit zwischen 12 und 14 % durchgängig relativ hoch ist. Eine Einordnung der Ergebnisse mit Hilfe anderer Studien ist zudem nur sehr eingeschränkt möglich. Eine detaillierte Erfassung von Eigenanteilen ist in der Untersuchung von Hielscher et al. (2017) erfolgt, jedoch wurden teilweise andere Leistungen abgefragt. Gleichwohl liegen u. a. die dort erfassten durchschnittlichen Pflegedienst-Kosten, die von den Pflegehaushalten selbst getragen werden, mit 208 € in einem ähnlichen Bereich, die für die Tagespflege mit 302 € deutlich höher. Schneekloth et al. (2017) haben nach allen regelmäßig im Zusammenhang mit der Pflege entstehenden Kosten gefragt und kamen auf einen Durchschnittswert von 269 €, der von den Pflegebedürftigen selbst getragen wird. Dieser Wert liegt etwas höher als der hier ausgewiesene (252 €), umfasst aber auch Haushalte mit einem 24-Stunden-Pflege-Arrangement.

Tab. 5.4 weist die monetären Belastungen – differenziert nach Eigenanteilen im Zusammenhang mit Leistungen der Pflegeversicherung (PV) und zusätzlich für alle privat getragene Kosten – nach den bereits bekannten Subgruppen aus. Der Anteil der Pflegehaushalte, in denen demenziell Erkrankte betreut

**Tabelle 5.3** Monatliche Kosten, die nicht von der Pflegeversicherung getragen werden (ohne 24-Stunden-Pflege)

	in Euro pro Monat					
	Mittelwert	10. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	90. Perzentil
<b>Mit Angabe von selbst getragenen Kosten, in %</b>						
In Zusammenhang mit Leistungen der Pflegeversicherung (PV), bezogen auf Befragte mit Inanspruchnahme (User)						
Pflegedienst	<b>32,9</b>	20	50	148	250	500
Tagespflege	<b>46,8</b>	55	100	195	321	549
Kurzzeitpflege	<b>43,5</b>	17	33	58	114	167
Verhinderungspflege	<b>31,6</b>	13	29	50	100	167
Gesamt PV	<b>38,8</b>	20	50	125	250	500
In Zusammenhang mit weiteren, privat selbst finanzierten Hilfen, bezogen auf alle Befragten						
Privat finanzierte Hilfen <sup>a</sup>	<b>5,4</b>	79	100	250	393	823
Insgesamt, bezogen auf alle Befragten						
Gesamt PV + privat	<b>25,0</b>	35	60	150	300	604

<sup>a</sup> 73 Personen bejahten die Frage nach selbst finanzierten Hilfen, lediglich 54 (hier anteilig ausgewiesen) gaben diesbezüglich Kosten an und sind hier einbezogen. Pflege-Report 2020

**■ Tabelle 5.4** Die durch User angegebenen selbst getragenen monatlichen Gesamtkosten, die nicht von der Pflegeversicherung getragen werden (ohne 24-Stunden-Pflege) – differenziert nach Belastungsfaktoren und soziodemographischen Faktoren

	In Zusammenhang mit Leistungen der Pflegeversicherung (PV), bezogen auf Befragte mit Inanspruchnahme (User)		Insgesamt, bezogen auf alle Befragten	
	Mit Angabe von selbst getragenen Kosten, in %	In Euro pro Monat (Mittelwert)	Mit Angabe von selbst getragenen Kosten, in %	In Euro pro Monat (Mittelwert)
Gesamt	38,8	198*	25,0	252*
Demenz	50,6	222**	38,7	290**
Pflegegrad $\geq 3$	41,5	207*	33,5	291**
Pflegedauer $\geq 5$ Jahre	36,6	187*	24,8	266*
HPS-Score hoch	48,3	197*	36,3	261*
Gleicher HH	39,1	181*	21,1	239*
Erwerbstätigkeit	40,4	203*	27,1	259*
Bildung hoch	37,2	226*	25,5	274*
HH-Eink. Hoch	36,7	223*	26,0	259*

\* nicht signifikant ( $> 0,05$ ), \*\* signifikant ( $< 0,05$ ) Mann-Whitney-U-Test  
Pflege-Report 2020

werden (PV: 50,6 %; insgesamt 38,7 %), solche mit hohem Pflegegrad (PV: 41,5 %; insgesamt 33,5 %) und solche mit einer hohen HPS-Belastung (PV: 48,3 %; insgesamt 36,3 %) zahlen häufiger hinzu als der Durchschnitt. Bezogen auf das Volumen der privat getragenen Kosten zeigen sich bei der Betrachtung beschränkt auf Leistungen der Pflegeversicherungen, bei den Gruppen mit hohem Bildungsstand (226 €), denen mit hohem Einkommen (223 €) wie auch solchen mit einem Pflegebedürftigen mit Demenz (222 €) die höchsten Zuzahlungswerte, wobei lediglich letzterer statistisch signifikant ist. Bei der Betrachtung inklusive weiterer privater Hilfen sind ebenso die Gruppe der Haushalte mit demenziell Erkrankten (290 €) sowie diejenigen mit Pflegebedürftigen mit hohem Pflegegrad (291 €) überproportional finanziell am Pflegearrangement beteiligt. Leben die Hauptpflegeperson und die pflegebedürftige Person im gleichen Haushalt, sind erwartungsgemäß sowohl der Anteil als

auch der Eigenleistungsbetrag unterproportional.

Die Gesamtkosten sind ferner statistisch signifikant umso größer, je höher der Pflegegrad ist (■ Tab. 5.5). Werden bei Pflegegrad I im Durchschnitt 193 € gezahlt, so sind es bei Pflegegrad III bereits 275 € und bei Pflegegrad V 333 €. Bei Hielscher et al. (2017) und bei Kantar (2019) steigen ebenfalls die Gesamtausgaben, inklusive private Hilfen mit höherem Pflegegrad. Interessanterweise zeigt sich dieser Trend nur bezogen auf alle privat getragenen Kosten. Für die Eigenanteile im Zusammenhang mit Leistungen der Pflegeversicherung zeigt sich weder ein eindeutiger Trend noch sind hier die Unterschiede statistisch signifikant.

In der Gesamtschau auf die privat finanzierten Leistungen in der ambulanten häuslichen Pflege ist festzuhalten, dass die Eigenbeteiligungen extrem schief verteilt sind. Dies beginnt mit der Tatsache, dass nur jeder Vierte angibt, überhaupt finanzielle Eigenmittel im

**■ Tabelle 5.5** Die durch User angegebenen selbst getragenen monatlichen Gesamtkosten, die nicht von der Pflegeversicherung getragen werden (ohne 24-Stunden-Pflege) – differenziert nach Pflegegrad 1–5

	In Zusammenhang mit Leistungen der Pflegeversicherung (PV)		Insgesamt	
	Anteil mit Angabe von selbst getragenen Kosten, in %	Euro (Mittelwert)	Anteil mit Angabe von selbst getragenen Kosten, in %	Euro (Mittelwert)
Gesamt	38,8	198*	25,0	252**
Pflegegrad I	41,7	188*	17,7	193**
Pflegegrad II	36,4	187*	18,1	203**
Pflegegrad III	38,9	210*	25,9	275**
Pflegegrad IV	46,9	197*	37,4	312**
Pflegegrad V	43,9	222*	35,5	333**

\* nicht signifikant ( $> 0,05$ ), \*\* signifikant ( $< 0,05$ ) Jonckheere-Terpstra-Test und  $KI = 0,058$ , Kendall-Tau-b Test Pflege-Report 2020

Kontext der Pflege aufzubringen. Die Zuzahlungsverteilungen zeigen eine große Varianz. So beträgt der Durchschnittswert aller Zuzahlungen zwar 252 €, die Hälfte derjenigen, die zuzahlen, geben aber nur bis zu 150 € (Median) als eigene Ausgaben an. Während das Zehntel der Betroffenen mit der niedrigsten Zuzahlung maximal 35 € aufwendet, sind es beim Zehntel mit der höchsten Zuzahlung mindestens 604 €. Der Blick auf die Subgruppen verdeutlicht ebenfalls, dass sich die finanziellen Belastungen dann insbesondere auf Pflegehaushalte mit demenziell Erkrankten und solche mit hohem Pflegegrad konzentrieren. Die naheliegende Hypothese, dass Haushalte mit hohem Einkommen mehr Dienstleistungen zur Entlastung einkaufen, konnte nicht bestätigt werden. Vielmehr scheint sich der Zukauf, wenn gegeben, eher am erhöhten Bedarf zu orientieren.

#### 5.4.2 Privat und durch Dienstleister erbrachte Pflege

Neben den monetären Eigenleistungen wurden die Hauptpflegepersonen nach ihren zeitli-

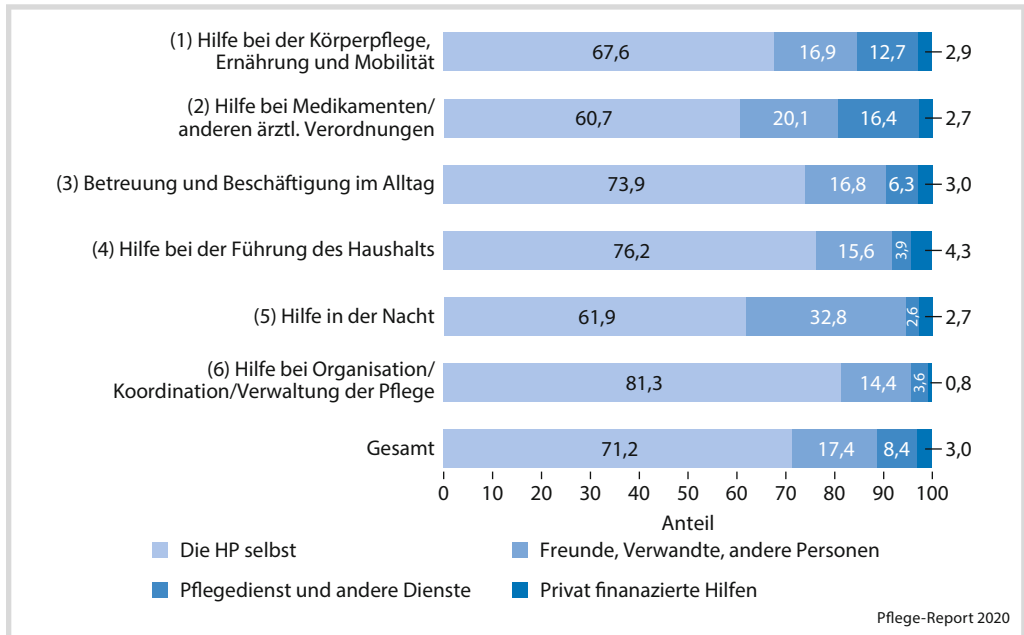
chen Aufwendungen für sechs Tätigkeits- bzw. Unterstützungsbereiche, die die unterschiedlichen Facetten des Betreuungs- und Pflegealltags widerspiegeln, befragt. Außerdem sollten die Befragten angeben, ob und in welchem Umfang andere, sowohl professionelle als auch informelle Helfer in den einzelnen Tätigkeitsbereichen einbezogen sind. **■ Abb. 5.6** zeigt den Unterstützungsanteil der jeweiligen Personengruppen. Fast drei Viertel (71,2 %) der insgesamt geleisteten Pflege von im Mittel 60 Stunden (Median 41 Stunden) pro Woche (**■ Tab. 5.6**) – dies sind 8,5 Stunden pro Tag – entfallen auf die Hauptpflegeperson (HP selbst). Die zweite wesentliche Stütze des Pflegearrangements sind Freunde, Verwandte, Nachbarn und Ehrenamtliche, sie leisten im Durchschnitt weitere 17 % des Unterstützungsbedarfs. Die Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung machen im Gesamtarrangement weniger als ein Zehntel (8,4 %) aus. Die 24-Stunden-Pflegearrangements ausgenommen, spielen mit 3 % weitere privat finanzierte Hilfen zudem nur eine untergeordnete Rolle.

**■ Tab. 5.6** zeigt die jeweiligen geleisteten Unterstützungsstunden und deren Verteilung – bezogen auf Befragte, die für die jeweili-

<b>Tabelle 5.6</b> Angegebene zeitliche Aufwendungen nach Tätigkeitsbereichen und Personengruppen und -diensten (ohne 24-Stunden-Pflege)																							
<b>Stunden bezogen auf alle Befragten, die Unterstützung angaben</b>																							
<b>Die HP selbst</b>				<b>Freunde, Verwandte, andere Personen</b>				<b>Pflegedienst und andere Dienste</b>				<b>Privat finanzierte Hilfen</b>				<b>Stunden bezogen auf alle Befragten</b>							
<b>Anteil Befragte<sup>a</sup></b>		<b>in Stunden pro Woche</b>		<b>Anteil Befragte<sup>a</sup></b>		<b>in Stunden pro Woche</b>		<b>Anteil Befragte<sup>a</sup></b>		<b>in Stunden pro Woche</b>		<b>Anteil Befragte<sup>a</sup></b>		<b>in Stunden pro Woche</b>		<b>in Stunden pro Woche</b>		<b>in Stunden pro Woche</b>					
																				<b>Mittelwert</b>	<b>25. Q.</b>	<b>Median</b>	<b>75. Q.</b>
<b>(1) bei der Körperpflege, Ernährung und Mobilität</b>																							
80,8	<b>16,2</b>	5,0	10,0	20,0	43,4	<b>7,5</b>	2,0	4,0	10,0	35,8	<b>6,8</b>	2,0	4,0	7,5	10,9	<b>5,1</b>	2,0	4,0	6,0	<b>19,9</b>	5,0	12,0	25,0
<b>(2) Hilfe bei Medikamenten und anderen ärztlichen Verordnungen</b>																							
68,9	<b>3,9</b>	1,0	2,0	4,0	19,3	<b>4,7</b>	1,0	2,0	4,0	21,3	<b>3,4</b>	1,0	2,0	3,9	3,7	<b>3,3</b>	1,0	2,0	4,0	<b>4,6</b>	0,7	2,0	5,0
<b>(3) Betreuung und Beschäftigung im Alltag</b>																							
85,8	<b>14,7</b>	4,0	8,0	18,0	42,5	<b>6,7</b>	2,0	4,0	7,9	17,5	<b>6,2</b>	1,7	3,0	7,0	9,0	<b>5,7</b>	2,0	4,0	8,0	<b>17,5</b>	5,0	10,0	21,0
<b>(4) Hilfe bei der Führung des Haushalts</b>																							
83,7	<b>10,8</b>	3,0	7,0	14,0	31,1	<b>5,9</b>	2,0	3,0	5,0	16,7	<b>2,8</b>	1,0	2,0	3,0	13,6	<b>3,7</b>	2,0	3,0	4,0	<b>12,1</b>	4,0	8,0	15,0
<b>(5) Hilfe bei der Nacht</b>																							
36,7	<b>4,3</b>	1,0	2,0	5,0	9,1	<b>9,2</b>	1,2	3,0	7,0	1,7	<b>3,9</b>	1,0	2,0	7,0	1,2	<b>5,8</b>	0,9	5,6	10,0	<b>2,6</b>	-	-	2,0
<b>(6) Hilfe bei Organisation und Koordination und Verwaltung der Pflege</b>																							
81,2	<b>3,5</b>	1,0	2,0	3,0	14,3	<b>3,5</b>	1,0	2,0	3,4	7,6	<b>1,6</b>	0,5	1,0	2,0	1,4	<b>2,0</b>	0,3	1,0	2,2	<b>3,6</b>	0,8	2,0	4,0
<b>Gesamt</b>																							
	<b>43,2</b>	14,0	27,0	52,9		<b>17,5</b>	4,0	8,0	18,0		<b>11,4</b>	3,0	6,0	14,0		<b>8,0</b>	2,0	4,0	9,1	<b>60,3</b>	23,0	41,0	76,0

<sup>a</sup> Anteil Befragte, die geleistete Stunden angeben, in %  
Pflege-Report 2020





■ **Abb. 5.6** Durchschnittliche Aufwendungen (Mittelwert) nach Tätigkeitsbereichen und Personengruppen und -diensten (ohne 24-Stunden-Pflege), Anteile an Gesamtstunden, in %

ge Personengruppe Angaben machten. Erwartungsgemäß zeigt sich, dass auf die Bereiche (1) „Körperpflege, Ernährung und Mobilität“ und (3) „Betreuung und Beschäftigung im Alltag“ im Durchschnitt mit Abstand die meisten Unterstützungsstunden entfallen (■ Tab. 5.6). Bezogen auf die geleisteten Stunden wiederholt sich das obige Bild: Die Hauptpflegeperson leistet mit im Mittel 43 Stunden pro Woche den größten Pflegestundenumfang, gefolgt von anderen Personen mit im Mittel 18 Stunden. Deutlich wird aber, dass wenn Leistungserbringer der PV oder weitere privat finanzierte Hilfen genutzt werden, diese mit 11 bzw. 8 Stunden einen nicht unerheblichen Zeitumfang erbringen.

Wie schon bei den Kosten zeigt sich beim Blick auf die Verteilungen der angegebenen zeitlichen Aufwände für die einzelnen Personengruppen bzw. Dienste eine große Varianz (■ Tab. 5.6). So liegt beispielsweise die Spannbreite der angegebenen geleisteten Stunden durch die Hauptpflegeperson (HP selbst) im Bereich (1) Körperpflege, Ernährung und

Mobilität zwischen maximal fünf Stunden pro Woche (1. Quartil) und mindestens 20 Stunden die Woche (4. Quartil). Bei der Betreuung und Beschäftigung im Alltag durch die Hauptpflegeperson lauten die betreffenden Werte 4 und 18 Stunden.

Der Abgleich mit anderen Referenzstudien zeigt einige Unterschiede. Die hiesige Befragung hat sich an den Tätigkeitsbereichen von Hielscher et al. (2017) orientiert. Diese kamen, bei höherem Durchschnittsalter der Pflegebedürftigen, sowohl für die Hauptpflegeperson (55 Stunden), für Freunde, Verwandte und Ehrenamtliche (26 Stunden) als auch für Pflegedienst und Betreuungskräfte (13 Stunden) auf deutlich höhere zeitliche Unterstützung je Woche. Rothgang und Müller (2018) weisen ebenfalls deutlich höhere Werte aus: So kümmerten sich 43 % der Befragten mehr als zwölf Stunden und 42 % weniger als zwölf Stunden täglich um die pflegebedürftige Person, wobei die Zeiten nur als Gesamtsumme und nicht differenziert nach Tätigkeiten erfragt wurden. Bei Kantar (2019) hingegen leisten die privaten Hauptpfle-

gepersonen für die Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen 35 Stunden wöchentlich, was mit der hier erfassten Zeit für die gleichen Tätigkeitsbereiche (Bereich (1) und (3)) übereinstimmt.

Der zeitliche Gesamtaufwand der Hauptpflegeperson (Summe über alle Tätigkeitsbereiche) wurde weiter differenziert nach Belastungs- und soziodemographischen Faktoren betrachtet (■ Tab. 5.7). Deutlich wird, dass hoch belastete Hauptpflegepersonen sowie Hauptpflegepersonen, die mit der pflegebedürftigen Person im gleichen Haushalt leben, die höchsten zeitlichen Aufwendungen leisten (jeweils 62,3 Stunden die Woche). Haushalte mit demenzerkrankten Pflegebedürftigen (55,5 Stunden) und solche mit einem Pflegegrad  $\geq 3$  (56,0 Stunden) gaben signifikant höhere zeitliche Aufwendungen an als der Durchschnitt aller Befragten. Deutlich wird zudem, dass die zeitlichen Eigenleistungen erwartungsgemäß für die Gruppe der Erwerbstätigen niedriger ausfallen. Auch Befragte aus der Gruppe mit einem hohen Haushaltsnettoeinkommen pflegen mit im Mittel 34 Stunden wöchentlich weniger als der Durchschnitt. Ebenso wie bei den privat getragenen Gesamtkosten sind auch die zeitlichen Aufwendungen der Hauptpflegeperson signifikant größer, je höher der Pflegegrad ist (■ Tab. 5.8). Hielscher et al. (2017) sowie Kantar (2019) konnten ebenfalls aufzeigen, dass mit höherem Betreuungs- und Pflegebedarf der durchschnittliche Zeitaufwand der Hauptpflegeperson steigt.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Pflege in der Häuslichkeit in sehr großem Umfang durch informelle Hilfen geleistet wird – sowohl durch die Hauptpflegeperson selbst als auch durch andere nahestehende Personen. Von den angegebenen durchschnittlich rund 8,5 Stunden-Pflege, Betreuung, Haushaltsführung und Organisation pro Tag leistet die Hauptpflegeperson zwei Drittel und damit den maßgeblichen Anteil. Der Pflegeaufwand ist bei Pflegearrangements, in denen Menschen mit Demenz oder einem erhöhten Pflegegrad versorgt werden, im Vergleich zu den übrigen Be-

fragten deutlich erhöht. Dies trifft auch auf Personen zu, die im gleichen Haushalt leben wie der Pflegebedürftige. Anders als bei den Kosten zeigt sich bei den aufgewendeten Stunden, dass diese in Teilgruppen mit Erwerbstätigkeit wie auch bei solchen mit hohem Einkommen sinken.

## 5.5 Unterstützungsbedarfe und Bewältigung der Pflegesituation

### 5.5.1 Weiterer Unterstützungsbedarf

Außer zu ihren zeitlichen und finanziellen Aufwendungen wurden die Hauptpflegepersonen auch danach befragt, ob sie sich mehr Unterstützung in den einzelnen Tätigkeitsbereichen wünschen (■ Abb. 5.7). Der Wunsch nach mehr Unterstützung ist generell hoch: Fast die Hälfte der Befragten gibt an, dass sie in den Bereichen (1), (3) und (4) „auf jeden Fall“ oder „eher“ gern mehr Unterstützung hätten.

Differenziert man dies nach Belastungsfaktoren (■ Abb. 5.8), zeigt sich erwartungsgemäß, dass der Wunsch nach mehr Unterstützung (Anteil „ja, auf jeden Fall“ und „eher ja“) in allen Bereichen bei hoch belasteten Pflegehaushalten, solchen mit demenziellen Erkrankten und einem Pflegegrad größer 2 signifikant höher gegenüber der Gruppe derjenigen ist, die nicht hoch belastet sind. Hauptpflegepersonen mit einer hohen subjektiven Belastung nach HPS-Score geben hierbei für alle Bereiche einen erheblichen Bedarf an: in den Bereichen (1), (3) und (4) zu jeweils 75 % und mehr, bei (2) und (6) zu rund 50 % und lediglich im Bereich (5) (Hilfe in der Nacht) sind es unter 40 %. Die Dauer der Pflege hat hingegen mit Blick auf den Wunsch nach mehr Unterstützung keine Auswirkung. Der Blick auf soziodemographische und strukturelle Faktoren zeigt, dass die Gruppe der erwerbstätigen Hauptpflegepersonen und derer mit hohem Bildungsniveau

**■ Tabelle 5.7** Angegebene zeitliche Aufwendungen der Hauptpflegeperson selbst (Summe der Tätigkeitsbereiche ohne 24-Stunden-Pflege) differenziert nach Belastungsfaktoren und soziodemographischen Faktoren

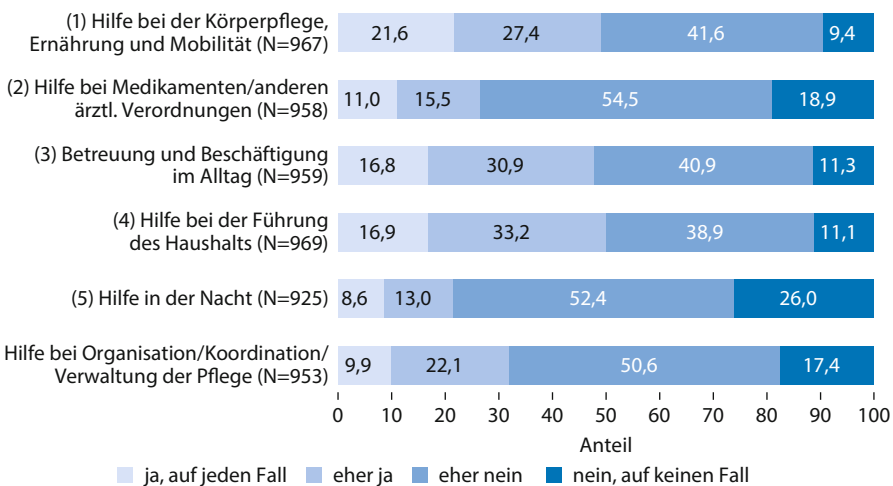
	Mit Angabe von selbst getragenen Kosten, in %	in Stunden pro Woche					
		Mittelwert	10. Perzentil	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	90. Perzentil
Gesamt	96,8	43,2	7,5	14,0	27,0	52,9	100,0
Demenz	95,6	55,5*	10,0	15,9	32,6	73,1	143,7
Pflegegrad $\geq 3$	97,3	56,0*	11,0	18,9	37,0	73,6	126,0
Pflegedauer $\geq 5$ Jahre	95,1	43,4	7,0	15,0	31,0	56,6	93,8
HPS-Score hoch	98,5	61,9*	13,0	25,0	44,0	76,6	133,4
Gleicher HH	96,7	62,3*	15,0	26,0	45,0	80,0	133,0
Erwerbstätigkeit	97,1	34,7*	6,3	12,0	21,1	41,0	69,8
Bildung hoch	97,0	36,7	7,5	12,5	26,0	45,5	78,4
HH-Eink. Hoch	99,6	34,4*	7,5	14,0	23,0	49,0	76,4

\* signifikant ( $< 0,05$ ) Asymp. Sig. (2-seitig), Mann-Whitney-U-Test  
Pflege-Report 2020

**■ Tabelle 5.8** Angegebene zeitliche Aufwendungen der Hauptpflegeperson selbst (Summe der Tätigkeitsbereiche ohne 24-Stunden-Pflege) differenziert nach Pflegegrad 1–5

	Anteil Befragte, die angeben, dass der Pflegebedürftige Unterstützung durch die Hauptpflegeperson erhält, in %	Angegebene zeitliche Aufwände pro Woche in Stunden (Mittelwert)
Gesamt	96,8	43
Pflegegrad I	94,5	23*
Pflegegrad II	96,7	34*
Pflegegrad III	97,9	47*
Pflegegrad IV	95,7	72*
Pflegegrad V	97,3	97*

\* signifikant  $p = 0,001$ , Kruskal-Wallis-Test und  $KI = 0,220$ , Kendall-Tau-b Test  
Pflege-Report 2020



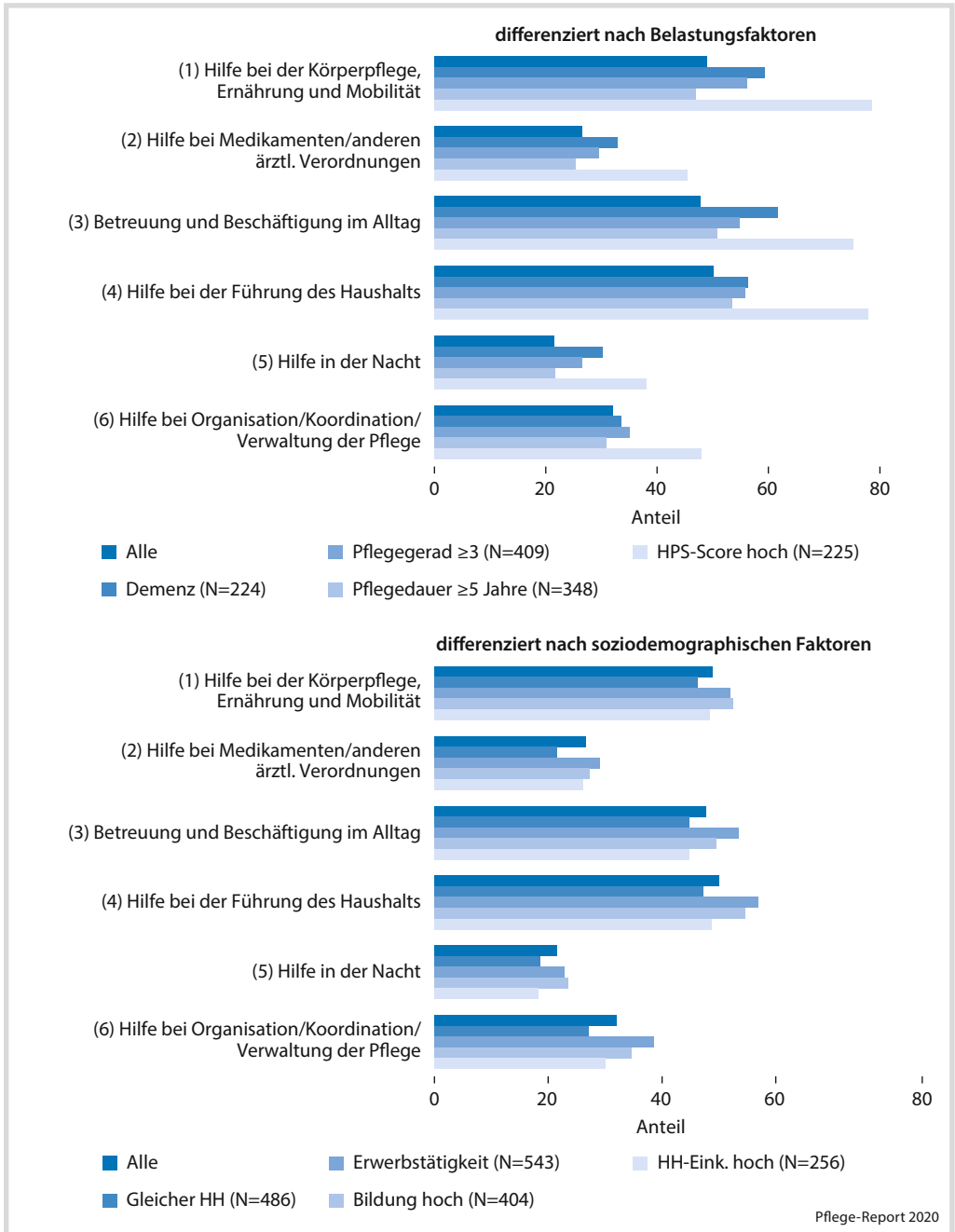
Pflege-Report 2020

**■ Abb. 5.7** Besteht bei Ihnen der Wunsch nach mehr Unterstützung (bezahlt oder unbezahlt) in diesem Bereich? (ohne 24-Stunden-Pflege), in %

signifikant, aber nur leicht überproportional den Wunsch nach mehr Unterstützung haben, während dieser Wert bei denjenigen, die im gleichen Haushalt mit dem Pflegebedürftigen leben, und solchen mit hohem Haushaltseinkommen leicht unterproportional ist, wobei die Abweichungen nur in wenigen Bereichen signifikant sind (■ Abb. 5.8).

## 5.5.2 Gründe für die Nichtinanspruchnahme von Unterstützungsleistungen

Während der Wunsch nach weiterem Unterstützungsbedarf bei allen Befragten erhoben wurde, wurden Teilnehmer, die die jeweiligen



**Abb. 5.8** Wunsch nach mehr Unterstützung (Anteil „ja, auf jeden Fall“ und „eher ja“) differenziert nach Belastungsfaktoren und soziodemographischen Faktoren, in %. Folgende Differenzierungen zeigen signifikante Unterschiede (Chi-Quadrat nach Pearson, Signifikanzniveau wurde bei 5% festgelegt): **Demenz:** Bereich 1–5; **Pflegegrad  $\geq 3$ :** Bereich 1, 3–5; **Pflegedauer  $\geq 5$ :** keine; **HPS-Score hoch:** Bereich 1–6; **Gleicher HH:** Bereich 2, 5 und 6; **Erwerbstätigkeit:** Bereich 1–3 und 5–6; **Bildung hoch:** Bereich 1 und 4; **HH-Eink. hoch:** Bereich 6

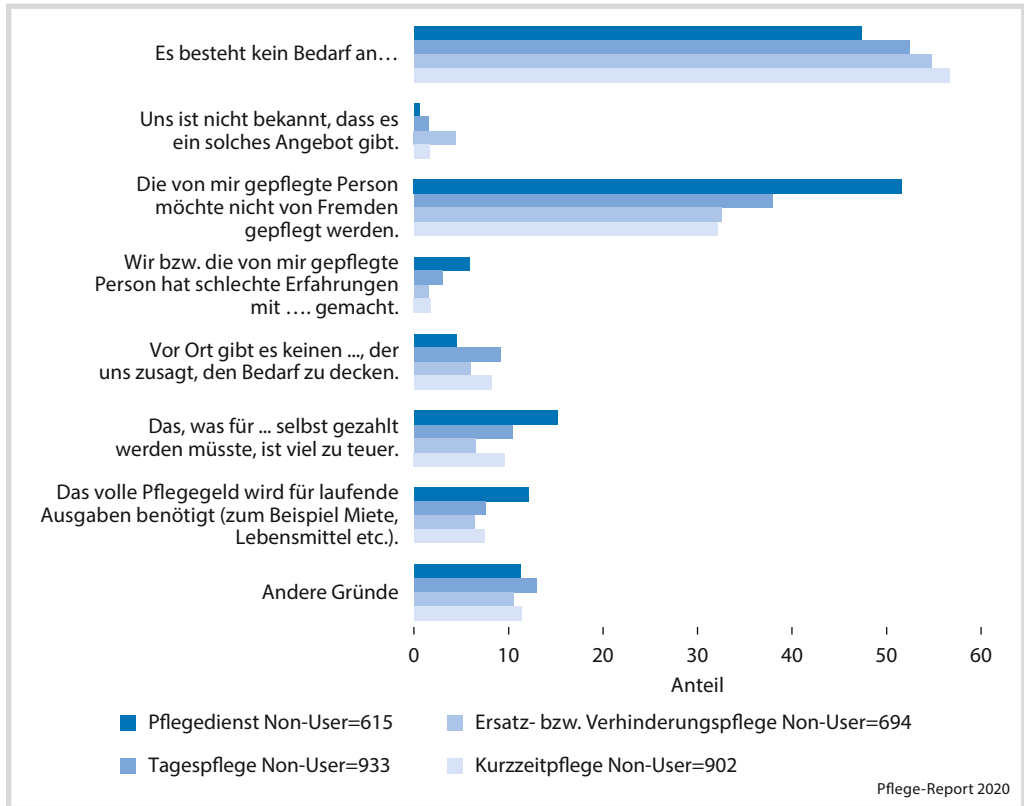
5 Angebote der Pflegeversicherung nicht nutzen, noch einmal explizit nach ihren Gründen hierfür befragt (■ Abb. 5.9). Der am häufigsten genannte Grund ist, dass kein Bedarf bestünde (schwankt zwischen 47,4 % beim Pflegedienst und 56,6 % bei der Kurzzeitpflege). Dies geben rund die Hälfte der Nicht-Nutzer aller vier Versorgungsformen an. Der mit Abstand am zweithäufigsten genannte Grund ist, dass die gepflegte Person nicht von Fremden gepflegt werden möchte; hier schwanken die Angaben zwischen 52 % bei der Nicht-Nutzung des Pflegedienstes und 32 % bei der Nicht-Nutzung der Kurzzeitpflege. Finanzielle Aspekte („Das Pflegegeld wird für laufende Ausgaben benötigt“, schwankt zwischen 12,1 % Nicht-Nutzung des Pflegedienstes und 6,4 % Nicht-Nutzung der Verhinderungspflege) oder Eigenanteile („Das, was wir selbst zahlen müssten, ist viel zu teuer“, schwankt zwischen 15,2 % bei der Nicht-Nutzung des Pflegedienstes und 6,5 % bei der Nicht-Nutzung der Verhinderungspflege) spielen im Vergleich zu den anderen Gründen nur für eine Minderheit der Befragten eine Rolle. Ebenso werden Unkenntnis über die Existenz des Angebots (schwankt zwischen 4,5 % bei der Verhinderungspflege und 0,6 % beim Pflegedienst), schlechte Erfahrungen mit den einzelnen Leistungen (schwankt zwischen 5,9 % beim Pflegedienst und 1,5 % bei der Verhinderungspflege) oder fehlende Angebote vor Ort (schwankt zwischen 9,1 % bei der Tagespflege und 4,5 % beim Pflegedienst) nur selten als Gründe der Nicht-Nutzung angeführt.

Die Ergebnisse decken sich von der Tendenz her bezüglich der Aussage, dass Leistungen nicht in Anspruch genommen werden, da die Pflegebedürftigen nicht von Fremden gepflegt werden möchten, sowohl mit der aktuellen Erhebung von Kantar (2019 – hier gaben sogar 75 % der Nicht-Nutzer von Pflegediensten dies als Grund an) als auch mit der WIdO-Erhebung aus dem Jahr 2015 (hier gaben rund 60 % an, dass dies voll und ganz oder eher auf sie zutrifft). Unterschiede zeigen sich im Vergleich zur Erhebung aus dem Jahr 2015 (Schwinger et al. 2016) hingegen bei den Angaben zum Bekanntheitsgrad der

Angebote wie auch bei der Beurteilung der finanziellen Aspekte. Damals gab rund jeder Vierte bei Kurzzeitpflege (22,5 %), Verhinderungspflege (28,5 %) und ehrenamtlichen Betreuungsangeboten (vergleichbar mit dem heutigen Entlastungsbetrag) (27,3 %) an, das Angebot nicht zu kennen. Zwar können diese Ergebnisse nicht mit den Ergebnissen der aktuellen Studie verglichen werden, weil es hier die Möglichkeit von Mehrfachantworten gab, auch ist der überproportional hohe Bildungsstand der hiesigen Stichprobe zu bedenken, dennoch lässt sich von der Tendenz her vermuten, dass die Haushalte aktuell besser über Angebote der Pflegeversicherung informiert sind als 2015. Ein weiterer wesentlicherer Unterschied zur Befragung von 2015 ist zudem, dass dort „Ist viel zu teuer“, viel häufiger als Grund für eine Nicht-Inanspruchnahme genannt wurde. Mit Blick auf Leistungen von Pflegediensten gaben dies damals 25 % an, bei der Tagespflege sowie bei der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege jeweils rund 47 %. Auch wenn die Angaben nur eingeschränkt vergleichbar sind, lässt sich dennoch von der Tendenz her feststellen, dass finanzielle Eigenbeteiligungen die Nicht-Inanspruchnahme heute nicht mehr in diesem Ausmaß begründen. Auch wenn dies hier nicht kausal untersucht wurde, so liegt die These nahe, dass die Unterschiede im Zeitverlauf auf die über die Jahre verbesserte Pflegeberatung, erhöhte mediale Aufmerksamkeit für das Thema Pflegeversicherung sowie aus den Erhöhungen der Leistungssätze und erleichterten Kombinationsmöglichkeiten (z. B. bei der Tagespflege mit Pflegegeld) zurückzuführen sind.

### 5.5.3 Bewältigung der Pflegesituation

Die Hauptpflegepersonen wurden abschließend gefragt, wie sie sich insgesamt bei der Bewältigung der Pflege unterstützt fühlen: 45 % aller Befragten gaben diesbezüglich „eher gut“ bis „sehr gut“ an. Demgegenüber fühlt sich



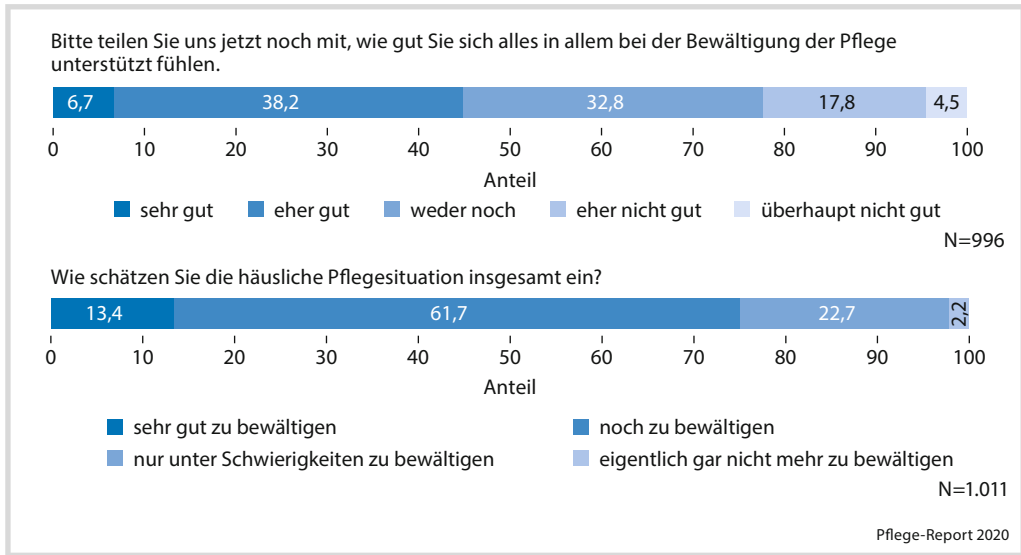
**Abb. 5.9** Gründe, warum die Angebote für die Pflege der pflegebedürftigen Person nicht in Anspruch genommen werden, in % (Mehrfachnennungen möglich)

aber auch mehr als jeder Fünfte (22,3 %) „eher nicht gut“ oder „überhaupt nicht gut“ unterstützt (Abb. 5.10). In der WiDO-Befragung von 2015 lag der positive Anteil mit 65 % deutlich höher und entsprechend der Anteil der Personen, die angaben, sich „eher nicht gut“ oder „überhaupt nicht gut“ unterstützt zu fühlen, mit 12,2 % deutlich niedriger.<sup>5</sup> Dies passt zu dem Ergebnis, dass der Anteil der hoch belasteten Befragten nach HPS-Score in der aktuellen Stichprobe im Vergleich zu 2015 um rund 8 Prozentpunkte höher liegt als der damalige Wert (18 % „hoch belastet“ (Schwinger et al. 2016) zu 25,8 % in der hiesigen Studie (Tab. 5.1)). Die beobachteten Unterschiede

werfen Fragen auf, inwieweit die in diesem Zeitraum getätigten Reformbemühungen für eine verbesserte Unterstützung der Pflegeaushalte gewirkt haben.

Zusammenfassend wertet die Mehrzahl – fast zwei Drittel (75,1 %) – aller Befragten die Pflegesituation als „noch zu bewältigen“ (61,7 %) oder als „sehr gut zu bewältigen“ (13,4 %). Dem steht aber auch hier gegenüber, dass damit jeder Vierte (24,9 %) angibt, die Pflegesituation nicht mehr (2,2 %) oder nur unter Schwierigkeiten (22,7 %) bewältigen zu können (Abb. 5.10). Bei Kantar (2019) liegt der Anteil an Befragten, die eine negative Einschätzung der Pflegesituation angaben, mit 20 % nur leicht niedriger, und auch hier bilden die Befragten mit der Angabe, die Pflege sei noch zu bewältigen, mit 61 % die größte Gruppe. 2016 wiesen die Einschätzungen

<sup>5</sup> [https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2016/pressemappe\\_pk\\_pfleger\\_rep\\_2016\\_komplett.pdf](https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2016/pressemappe_pk_pfleger_rep_2016_komplett.pdf).



▣ **Abb. 5.10** Bewertung der Unterstützung und Einschätzung der häuslichen Pflegesituation insgesamt, in %

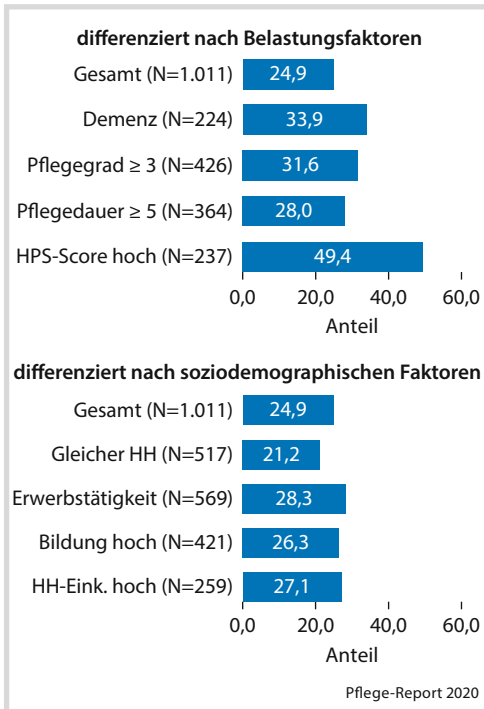
von Befragten ähnliche Größenordnungen auf (Schneekloth et al. 2017).

Betrachtet man die Einschätzung der Pflegesituation wiederum nach Subgruppen, wird deutlich, dass erwartungsgemäß die Einschätzung der Gruppe der Hochbelasteten (49,4 %) besonders negativ ausfällt, aber auch die Hauptpflegepersonen, die einen Menschen mit Demenz (33,9 %) oder mit einem hohen Pflegegrad (31,6 %) pflegen, geben signifikant überproportional an, dass die Pflege „nur noch unter Schwierigkeiten“ oder „eigentlich gar nicht mehr zu bewältigen“ sei. Ebenso gibt die Gruppe der Erwerbstätigen (28,3 %) eine solche Einschätzung signifikant leicht häufiger ab (▣ Abb. 5.11). Bei Kantar (2019) steigt ebenfalls mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit der Anteil der Befragten, die die häusliche Pflegesituation als schwierig oder eigentlich gar nicht mehr zu bewältigen einschätzen.

## 5.6 24-Stunden-Pflegearrangements

In die Befragung eingegangen sind auch Personen, die eine 24-Stunden-Pflege als Versorgungsform gewählt haben. Aufgrund der diesbezüglich kleinen Fallzahl kann lediglich ein Schlaglicht auf die Situation solcher Haushalte geworfen werden (siehe zu diesem Thema auch Emunds und Habel 2020, ► Kap. 7 im gleichen Band). Die 24-Stunden-Pflege wird zumeist dadurch ermöglicht, dass Arbeitskräfte, oftmals aus osteuropäischen (EU-)Ländern, als sogenannte Live-ins für einige Wochen oder Monate in dem Pflegehaushalt wohnen. Für das Modell der 24-Stunden-Pflege und die damit einhergehende ständige Anwesenheit der Live-in-Pflegekräfte besteht jedoch besonders mit Blick auf den Schutz von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern weitreichendes Konfliktpotenzial (Rossow und Leiber 2019). Die Kosten für die Pflegekraft werden nicht durch die Pflegeversicherung getragen und müssen von den Pflegehaushalten privat geleistet werden. Das Pflegegeld sowie Erstattungen für Verhinderungspflege können jedoch für die Finanzierung der 24-Stunden-Pflege herangezogen wer-





**Abb. 5.11** Wie schätzen Sie die häusliche Pflegesituation insgesamt ein? Anteil „nur noch unter Schwierigkeiten“ oder „eigentlich gar nicht mehr zu bewältigen“ differenziert nach Belastungsfaktoren und soziodemographischen Faktoren, in %. Folgende Differenzierungen zeigen signifikante Unterschiede (Chi-Quadrat nach Pearson, Signifikanzniveau wurde bei 5 % festgelegt): Demenz, Pflegegrad  $\geq 3$ , HPS-Score hoch, Gleicher HH, Erwerbstätigkeit

den. Außerdem besteht die Möglichkeit, parallel weitere Sachleistungen wie z. B. einen Pflegedienst oder die Tagespflege in Anspruch zu nehmen. Von den hier Befragten nutzen 8 % eine 24-Stunden-Pflege (Tab. 5.2)<sup>6</sup>. Hochge-

<sup>6</sup> Ermittelt wurden die Pflegehaushalte, in den eine 24-Stunden-Pflege genutzt wird, zum einen über die folgende Frage: „Es gibt auch das Modell einer 24-Stunden-Pflege, bei der eine persönliche Pflegekraft temporär im Haushalt der pflegebedürftigen Person wohnt. Die Haushalts- und Pflegekräfte stammen dabei häufig aus Osteuropa. Das Angebot einer 24-Stunden-Pflege wird i. d. R. über eine Agentur vermittelt und verwaltet. Wird für die Pflege und Betreuung der von Ihnen gepflegten Person eine solche 24-Stunden-Pflege genutzt?“. Diese

rechnet wären dies rund 210.000 Pflegebedürftige, die auf eine solche Versorgungsform angewiesen sind. Hielscher et al. (2017) hatten – bezogen auf über 65-jährige Pflegebedürftige – für 11 % ihrer Befragten „eine im Haushalt lebende Hilfskraft“ erfasst.

Vergleicht man die in der vorliegenden Befragung erfassten Nutzer von 24-Stunden-Pflege (Tab. 5.9) mit der Gesamtheit der Befragten (Tab. 5.1), zeigt sich, dass die Nutzer deutlich älter sind (Durchschnittsalter der pflegebedürftigen Person 76,1 vs. 74,6 Jahre), eine deutlich höhere Pflegeschwere (44,2 % Grad 4 oder 5 vs. 15,5 %) und häufiger eine Demenz aufweisen (50,3 % vs. 25,6 %). Das mittlere Pro-Kopf-Einkommen (siehe Abschn. 5.2.2) ist in den Haushalten mit einer 24-Stunden-Pflege leicht höher als in den übrigen Pflegehaushalten (1.412 € vs. 1.312 €), der Median liegt hingegen niedriger (1.249 € vs. 1.162 €). Dies kann daran liegen, dass die Hauptpflegeperson seltener mit der pflegebedürftigen Person im gleichen Haushalt lebt (40,6 % vs. 50,3 %). Sowohl der Anteil an Hauptpflegepersonen, die erwerbstätig sind (Voll- und Teilzeit sowie stundenweise), als auch der Anteil mit einem hohen formalen Bildungsabschluss liegt bei den Nutzern von 24-Stunden-Arrangements jeweils höher (Erwerbstätigkeit 63,3 % vs. 57,2 % und Schulbildung hoch 48,6 % vs. 42,5 %).

Blickt man bezüglich der Belastungsfaktoren gesondert auf die Haushalte mit einem 24-Stunden-Pflegearrangement, zeigt sich, dass

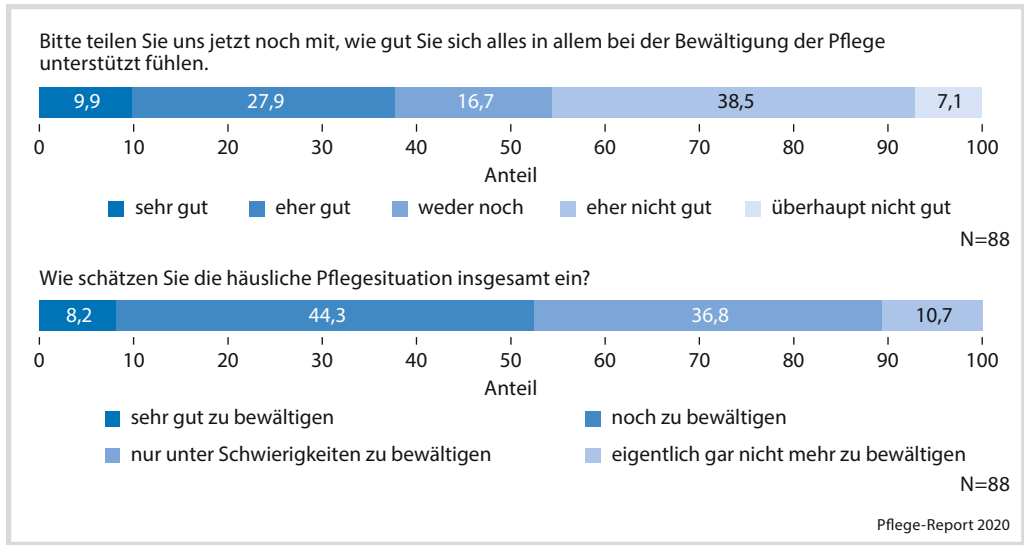
Frage wurde jedoch als Filterfrage nach einer Frage zur Nutzung von privat bezahlten Hilfen gestellt, somit wurden nur 139 Personen dazu befragt (26 Befragte beantworteten die Frage mit „keine Angabe“ und 940 mit „nein“). Daher wurden mittels anderer Fragen weitere Nutzer und Nutzerinnen ermittelt. Gaben die Befragten an, einen Pflegedienst, die Tages-, Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege nicht in Anspruch zu nehmen, da sie eine 24-Stunden-Pflege nutzen, wurden sie dieser Gruppe hinzugefügt. Dies erfolgte ebenfalls, wenn angegeben wurde, dass finanzielle Mittel etwa zur Finanzierung der Verhinderungspflege oder der Entlastungsbetrag für die Finanzierung der 24-Stunden-Pflege genutzt wurden. In der Summe konnten 88 Fälle ermittelt werden, die angaben, eine 24-Stunden-Pflege zu nutzen.

**■ Tabelle 5.9** Stichprobenbeschreibung von 24-Stunden-Pflegearrangements, in %

Pflegebedürftige Person		Gewichtet (N = 88)
Alter (N = 87)	18–59 Jahre	16,1
	60–79 Jahre	18,9
	80+	63,6
	Mittelwert	76,1
Geschlecht (N = 88)	Männlich	34,8
	Weiblich	65,2
Pflegegrad (N = 88)	Pflegegrad 1	0,6
	Pflegegrad 2	23,3
	Pflegegrad 3	31,9
	Pflegegrad 4	29,6
	Pflegegrad 5	14,5
Demenz (N = 88)	Ja	50,3
	Nein	49,7
<b>Pflegebedürftige Person und Hauptpflegeperson</b>		
Hauptpflegeperson und Pflegebedürftiger leben im selben HH (N = 87)		40,6
Durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen pro Haushaltsmitglied (N = 81)		Mittelwert 1.412,3
<b>Hauptpflegeperson</b>		
Alter (N = 87)	Mittelwert	53,5
Subjektive Belastung der Hauptpflegeperson nach Häuslicher-Pflege-Skala (HPS-Score) (N = 86)	Niedrige	13,0
	Mittel	45,7
	Hoch	41,3
Erwerbstätigkeit (N = 88)	Voll- und Teilzeit sowie stundenweise erwerbstätig	63,3
Hoher formaler Schulabschluss (Hochschulreife) (N = 87)		48,6
Pflege-Report 2020		

diese ihre Pflegesituation deutlich schlechter bewerten. Mit 46 % (■ Abb. 5.12) gaben doppelt so viele Befragte wie bei den Nicht-Nutzern von 24-Stunden-Arrangements (■ Abb. 5.10) an, dass sie sich bei der Bewältigung der Pflege alles in allem nicht gut unterstützt fühlen.

Zudem gibt fast die Hälfte (47,5 %) an, dass die Pflegesituation „nur noch unter Schwierigkeiten“ bzw. „eigentlich gar nicht mehr zu bewältigen“ sei, was wiederum doppelt so hoch ist wie im Durchschnitt bei den Nicht-Nutzern von 24-Stunden-Arrangements. Die schweren Be-



■ **Abb. 5.12** Bewertung der Unterstützung und Einschätzung der häuslichen Pflegesituation insgesamt in 24-Stunden-Pflegearrangements, in %

darfslagen, wie sie in den Haushalten mit den Live-in-Pflegekräften in besonderem Maße gegeben sind (Demenz, hoher Pflegegrad und hoher HPS-Score), gehen offensichtlich mit stärker pessimistischen Aussagen einher.

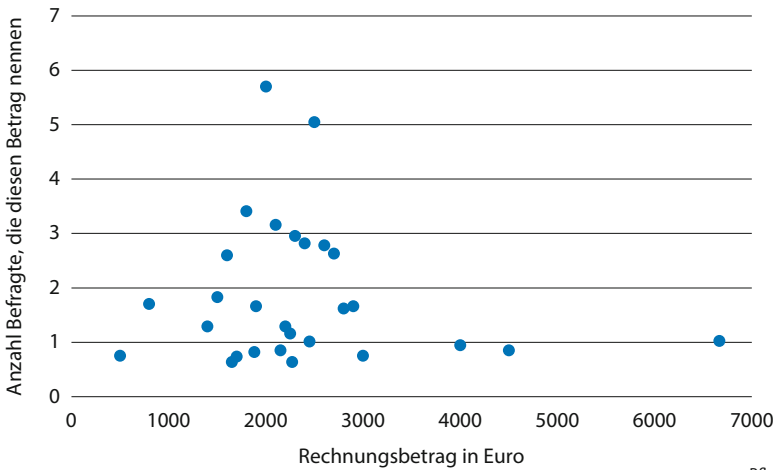
Die Haushalte, die einen anfallenden monatlichen Rechnungsbetrag für die 24-Stunden-Pflege angeben (N = 52), benennen durchschnittlich 2.281 € (Median 2.212 €). ■ **Abb. 5.13** weist jedoch eine große Spannweite aus. Das Gros der genannten Beträge liegt damit zwischen 2.000 und 3.000 € pro Monat, was auch die Verbraucherzentrale als zu erwartenden Kostenspanne ausweist.<sup>7</sup>

Der Blick auf die zeitlichen Aufwendungen, die die Hauptpflegeperson selbst sowie weitere professionelle und informelle Helfer leisten, macht erwartungsgemäß deutlich, dass die zentrale Unterstützungsressource hier die privat finanzierten Hilfen sind (durchschnittlich 92,2 Stunden pro Woche) (■ **Tab. 5.10**). Gleichwohl leisten weiterhin die Hauptpflegeperso-

nen selbst einen sehr hohen zeitlichen Einsatz mit 50 Stunden pro Woche, dieser liegt damit sogar höher als der Durchschnitt bei den übrigen Arrangements mit 43 Stunden.

In der Gesamtschau werfen die Ergebnisse zwingend Fragen bezüglich derartiger Versorgungslösungen auf. Zum einen wird deutlich, dass Pflegehaushalte, die eine Live-in-Pflegekraft beschäftigen, per se mit einer kritischen Versorgungssituation konfrontiert sind. Zum anderen gehen mit der Inanspruchnahme solcher Versorgungsformen neben hohen finanziellen Aufwendungen weitere spezifische Herausforderungen einher. Die hohe Fluktuation bei den Pflegekräften – diese wechseln zumeist in einem festen mehrwöchigen Rhythmus mit einer anderen Pflegekraft ab –, das Fehlen von Standards mit Blick auf Qualität oder Arbeitsabläufe (Emunds und Habel, ► **Kap. 7** im gleichen Band) sowie sprachliche Barrieren lassen sich beispielhaft nennen. Diese Situation kann besonders für Menschen mit Demenz, die auf eine vertraute Umgebung angewiesen sind, problematisch sein. Schließlich stehen auch die Live-in-Pflegekräfte, werden die arbeitsrechtlichen Vorgaben eingehalten, nicht für eine „Rund-um-die-Uhr“-Tätigkeit

<sup>7</sup> <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/pflege-zu-hause/auslaendische-betreuungskraefte-wie-geht-das-legal-10601>.



Pflege-Report 2020

**Abb. 5.13** Monatlicher Rechnungsbetrag\* der 24-Stunden-Pflege, in Euro. \*Welcher ungefähre Rechnungsbetrag (*Gesamtbetrag*) fällt monatlich für die Finanzierung der 24-Stunden-Pflege an? Mit Rechnungsbetrag meinen wir den Betrag, den die Agentur oder der Dienstleister Ihnen in Rechnung stellt. Pflegegeld oder andere Leistungen für die pflegebedürftige Person, die ggf. dazu genutzt werden, um diese zu zahlen, lassen Sie bitte hier außen vor

**Tabelle 5.10** Anteil Befragte mit 24-Stunden-Pflegearrangements, die angeben, dass der Pflegebedürftige Unterstützung durch die jeweiligen Personengruppen und Dienste erhält, und jeweilige zeitliche Aufwendungen

	Anteil Befragte, in %	Mittelwert	25. Q.	Median	75. Q.
		Zeitliche Aufwendungen, in Stunden			
HP selbst	95,1	49,8	16,0	31,7	54,0
Freunde, Verwandte, andere Personen	63,7	14,6	4,0	7,5	20,0
Pflegedienst und andere Dienste	67,4	30,1	4,0	10,0	22,8
Weitere privat finanzierte Hilfen (neben der 24-Stunden-Pflege)	71,3	92,2	25,4	60,8	110,7

Pflege-Report 2020

zur Verfügung, sodass ggf. weitere Personen die Pflege und Betreuung gewährleisten müssen.

## 5.7 Zusammenfassung und Fazit

Die Studie bestätigt, dass Pflege in der Häuslichkeit in einem sehr großen Umfang durch

informelle Hilfen geleistet wird – sowohl durch die Hauptpflegeperson selbst als auch durch andere nahestehende Personen. Anders als in der vollstationären Pflege, bei der im Bundesdurchschnitt 775 € (Haun, ► Kap. 13 im gleichen Band) an monatlichen pflegebedingten Eigenanteilen anfallen, betreffen solche Kosten in der ambulanten Pflege nur jeden Vierten und belaufen sich dann nur auf rund 250 € (ohne 24-Stunden-Pflege). Es sind vielmehr die

Befragten selbst, die den maßgeblichen Anteil an Pflege, Betreuung und Haushaltsführung abdecken. Gleichzeitig wird deutlich, dass sich finanzielle Eigenmittel und Zeitaufwand wie auch die Belastungssituationen auf spezifische Gruppen verdichten. Die Nutzung von Angeboten der Pflegeversicherung, die hieraus resultierenden zusätzlichen Eigenanteile, die selbst geleistete Pflege und die zusätzlichen privaten Hilfen sind bei der Gruppe der demenziell Erkrankten und derjenigen mit einem Pflegegrad  $\geq 3$  z. T. deutlich erhöht. Mit verfügbarem Haushaltseinkommen, höherer Bildung und Erwerbstätigkeit gehen zwar z. T. leicht überproportionale Inanspruchnahmeraten von Leistungen der Pflegeversicherung einher. Nicht gezeigt hat sich hingegen, dass in solchen Pflegehaushalten selbst finanzierte Leistungen – sei es nun im Kontext der Pflegeversicherung oder privat organisiert – höher sind. Anders bei der 24-Stunden-Pflege: Haushalte mit hohem Bildungsstand und Erwerbstätigenanteil scheinen diese Versorgungsform häufiger zu wählen.

Die Befragung zeigt ferner, dass mit den Bedarfslagen eine deutlich erhöhte Belastung einhergeht. Sowohl Pflegepersonen von demenziell Erkrankten als auch von Personen mit erhöhtem Pflegegrad äußern häufiger Unterstützungsbedarf und schätzen ihre Situation schlechter ein als der Durchschnitt. Ein Augenmerk ist auch auf den Tatbestand zu richten, dass jeder vierte Befragte eine hohe subjektive Belastung angibt. Insbesondere die Tatsache, dass frühere Befragungen hier deutlich geringere Anteile aufzeigten, wirft Fragen mit Blick auf den Erfolg bzw. die Wahrnehmung der Reformbemühungen der letzten Jahre auf. Die Situation in der ambulanten Pflege ist also nicht zufriedenstellend – dies aber nicht insgesamt, sondern vor allem für Haushalte mit spezifischen Bedarfskonstellationen. Trotz Ausweitung der Angebotsformen (niedrigschwellige Angebote, Betreuungsdienste) und Flexibilisierung der leistungsrechtlichen Regelungen (Tagespflege, Substitution von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege) sowie aller Anstrengungen, die Pflegeberatung zu verbessern, werden

nicht alle Betroffenen adäquat erreicht. In diesem Kontext wird seit langem auf die Stärkung regionaler (d. h. kommunaler) integrierter Care und Case Management Strukturen verwiesen (Klie, ► Kap. 11 im gleichen Band, Hoberg et al. 2013). Gleichwohl ist die Frage aufzuwerfen, ob nicht auch die leistungsrechtliche Seite differenzierter zu gestalten wäre, denn nur so können gezielt mehr Leistungen – temporär in Krisensituationen oder in kumulativen Belastungslagen – für die Haushalte gewährt werden. Rothgang et al. (► Kap. 6 im gleichen Band) führen vor dem Hintergrund des Sockel-Spitze-Tauschs denkbare neue differenzierte Leistungsmodule aus – Bedarfsorientierung wäre Voraussetzung für die Funktionalität dieses Reformansatzes. Die hiesigen Ergebnisse zeigen aber: Fragen nach der Bedarfsgerechtigkeit und Zielgenauigkeit gehören auch im Status quo auf die Agenda. Aktuelle Reformtendenzen bzw. Ankündigungen („jährliches Entlastungsbudget“ des aktuellen Koalitionsvertrags) und Forderungen nach einer immer weitergehenden Flexibilisierung bzw. Pauschalierung von Leistungsansprüchen (Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege 2020) haben zwar den Charme, die Dispositionsspielräume für Pflegebedürftigen und ihre Angehörige zu erhöhen, eine gezielte bedarfsgerechte Kumulierung von Hilfen befördert dies aber nicht ohne Weiteres. Je knapper die zur Verfügung stehenden Beitragsmittel der Sozialen Pflegeversicherung werden, umso wichtiger wird es aber sein, sich Fragen nach der gezielten Bereitstellung von Hilfen zuzuwenden.

## Literatur

- Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege (2020) Leistungsdschungel in der häuslichen Pflege auflösen. Diskussionspapier zum Entlastungsbudget
- DAK-Gesundheit (2015) DAK-Pflegereport 2015. So pflegt Deutschland. DAK, Hamburg
- Ehrlich U, Kelle N (2019) Pflegenden Angehörige in Deutschland: Wer pflegt, wo, für wen und wie? Z Sozialreform 65(2):175–203. <https://doi.org/10.1515/zsr-2019-0007>
- Ehrlich U, Möhring K, Drobníč S (2019) What comes after caring? The impact of family care on women's

employment. *J Fam Issues*. <https://doi.org/10.1177/0192513X19880934>

- Geyer J (2016) Informell Pflegende in der deutschen Erwerbsbevölkerung: Soziodemografie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg) Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), Berlin, S 24–43
- Geyer J, Schulz E (2014) Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. *Diw Wochenbericht* 14:294–301
- Gräßel E, Behrnt E-M (2016) Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. In: Jacobs K, Kuhlmeiy A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2016 – Die Pflegenden im Fokus. Schattauer, Stuttgart, S 169–187
- Gräßel E, Berth H, Lichte T, Grau H (2014) Subjective caregiver burden: validity of the 10-item short version of the Burden Scale for Family Caregivers BSFCs. *BMC Geriatr* 14(23):1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-23>
- Hielscher V, Kirchen-Peters S, Nock L (2017) Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
- Hoberg R, Klie T, Künzel G (2013) *Strukturreform Pflege und Teilhabe*. FEL-Verlag, Freiburg i Br
- Kantar (2019) Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) – Los 2: Allgemeine Befragungen. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff\\_Evaluierung/Abschlussbericht\\_Los\\_2\\_Evaluation\\_18c\\_SGB\\_XI.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_2_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf). Zugegriffen: 20. Febr. 2020 (Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) von Kantar Public Division Deutschland)
- Kochskämper S, Stockhausen M (2019) Pflegende Angehörige in Deutschland. <https://ideas.repec.org/p/zbw/iwkrep/342019.html>. Zugegriffen: 20. Nov. 2019
- Rossov V, Leiber S (2019) Kein Schattendasein mehr. Entwicklungen auf dem Markt für „24-Stunden-Pflege“. *Aus Polit Zeitgesch* (apuz) 69(33, 34):37–42
- Rothgang H, Kalwitzki T (2019) Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. GUTACHTEN. [https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user\\_upload/Zusammenfassung\\_-\\_Gutachten\\_Prof.\\_Rothgang.pdf](https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user_upload/Zusammenfassung_-_Gutachten_Prof._Rothgang.pdf). Zugegriffen: 6. Jan. 2020
- Rothgang H, Müller R (2018) *Pflegereport 2018*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 12. Barmer, Berlin
- Rothgang H, Müller R, Runte R, Unger R (2017) *Pflegereport 2017*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Barmer GEK, Berlin
- Schmidt B (2018) *Melderegister, Mixed-Mode und Teilnahmeanreize: ein Modell zur Rekrutierung von Teilnehmern für sozialwissenschaftliche Panelbefragungen* (Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde durch den Promotionsausschuss Dr. rer. pol. der Universität Bremen)
- Schneekloth U, Geiss S, Pupeter M (2017) Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I). Abschlussbericht. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht\\_Evaluation\\_PNG\\_PSG\\_I.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf). Zugegriffen: 20. Nov. 2019
- Schwinger A, Tsiasioti C, Klauber J (2016) Unteratützungsbedarf in der informellen Pflege – eine Befragung pflegender Angehöriger. In: Jacobs K, Kuhlmeiy A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2016 – Die Pflegenden im Fokus. Schattauer, Stuttgart, S 189–216
- Statistisches Bundesamt (2018) *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2017*. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf?__blob=publicationFile). Zugegriffen: 20. Febr. 2020
- Statistisches Bundesamt (2019) *Statistisches Jahrbuch 2019. Kapitel 3 Bildung*. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Jahrbuch/jb-bildung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Jahrbuch/jb-bildung.pdf?__blob=publicationFile). Zugegriffen: 20. März 2020
- Szepan N-M (2018) *Sektorisierung stößt an ihre Grenzen*. In: Wagner SN-MF (Hrsg) *Agenda Pflege 2021*. KomPart, Berlin, S 111–135

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

