



Belastung von pflegenden Angehörigen

Studienbericht



FRIEDRICH-ALEXANDER
UNIVERSITÄT
ERLANGEN-NÜRNBERG
MEDIZINISCHE FAKULTÄT

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Aktuelle Situation und Stand der Forschung in der Pflege	3
2.1	Ausgangssituation und demographische Herausforderungen	3
2.2	Entwicklung und Grundlagen der Pflege	5
2.3	Einführung der Pflegeversicherung	8
2.4	Pflegegesetze.....	9
2.4.1	Pflegeneuausrichtungsgesetz	9
2.4.2	Pflegestärkungsgesetze.....	10
3	Belastungen pflegender Angehöriger	16
3.1	Begriffsdefinition	17
3.2	Belastungsarten.....	17
3.2.1	Psychische Belastung.....	17
3.2.2	Physische Belastung.....	19
3.2.3	Soziale Belastung	20
3.2.4	Finanzielle Belastung.....	21
3.3	Pflege und Beruf.....	21
3.4	Lebensqualität	22
4	Unterstützungsangebote und Entlastungsmöglichkeiten	24
4.1	Kurzzeit-, Verhinderungs- und Tages- & Nachtpflege	24
4.2	Pflegegeld und Pflegesachleistungen.....	29
4.3	Informationszugang	32
4.4	Pflegestützpunkte	33
4.5	Professionelle Planung und Unterstützung.....	35
5	Methodik	36
6	Ergebnisdarstellung	38
7	Diskussion	53
8	Pflege in der Zukunft	58
9	Zusammenfassung	63
10	Literaturverzeichnis	64

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflegebedürftige 2017 nach Versorgungsart (nach Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019b)	2
Abbildung 2: Strukturierung von Lebensphasen (nach Maier, 2015)	4
Abbildung 3: 6 Bereiche des Begutachtungsassessment (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 88 ff.)	15
Abbildung 4: Belastungsarten	17
Abbildung 5: Bedürfnispyramide nach Maslow (nach Kenrick et al., 2010; Jackson et al., 2014)	22
Abbildung 6: allgemeiner Ablauf Kurzzeitpflege (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 52)	24
Abbildung 7: Kurzzeitpflege bei Pflege durch Angehörige (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 52)	25
Abbildung 8: Kurzzeitpflege bei Pflege durch Pflegedienst (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 52)	25
Abbildung 9: allgemeiner Ablauf Verhinderungspflege (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 56)	26
Abbildung 10: Verhinderungspflege durch nahe Angehörige (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 56)	26
Abbildung 11: Kombination Kurzeit- und Verhinderungspflege: Allgemein (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 57)	27
Abbildung 12: Kombination Kurzeit- und Verhinderungspflege: mehr Kurzzeitpflege (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 57)	27
Abbildung 13: Kombination Kurzeit- und Verhinderungspflege: mehr Verhinderungspflege (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 57)	28
Abbildung 14: kurzfristige Arbeitsverhinderung, Pflege- und Familienpflegezeit (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 42)	32
Abbildung 15: Bundesländer der Pflegepersonen	39
Abbildung 16: Beschäftigungsverhältnis der Pflegepersonen	39
Abbildung 17: Arbeitszeit der Pflegepersonen	40
Abbildung 18: Beziehung zur pflegebedürftigen Person/ Wer wird gepflegt	41
Abbildung 19: Pflegegrad der zu pflegenden Person	41
Abbildung 20: Unterstützung bei der Pflege/ Aufteilung der Pflege	42
Abbildung 21: Wohnort der pflegebedürftigen Person	42
Abbildung 22: Gesundheitszustand der Pflegepersonen	44
Abbildung 23: Pflege als Dauerbelastung	45
Abbildung 24: Unterstützungsangebote/ Entlastungsmöglichkeiten, die von den Pflegepersonen genutzt werden	47
Abbildung 25: Warum Unterstützungsangebote nicht bzw. nur selten wahrgenommen werden	48
Abbildung 26: Unterstützungsangebote/ Entlastungsmöglichkeiten, die von den Pflegepersonen gerne genutzt werden würden	49
Abbildung 27: hilfreiche Beratungs- und Informationsmöglichkeiten	50
Abbildung 28: Unterstützungsangebote/ Entlastungsmöglichkeiten des Arbeitgebers	51
Abbildung 29: Regelungen des Arbeitgebers, die zur Entlastung beitragen würden	52
Abbildung 30: Entwicklung der Pflegefälle (nach Schnabel, 2007, S. 12 f.)	58

Abbildung 31: Zahl der Pflegefälle nach Pflegearrangements (nach Schnabel, 2007, S. 17).....	59
Abbildung 32: Hausnotruf (wikipedia)	61

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Pflegeverständnis der vergangenen Jahrzehnte → Zukunft (nach Juchli, 1994, S. 8).....	7
Tabelle 2: Überleitung Pflegestufe in Pflegegrad (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 20).....	14
Tabelle 3: Gewichtung der Module zur Erfassung des Pflegegrades	15
Tabelle 4: Gesamtwerte zur Einstufung des Pflegegrades	16
Tabelle 5: Pflegegrade und die entsprechende Geld- bzw. Sachleistung pro Monat (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 21)	29
Tabelle 6: Alter und Geschlecht der Pflegepersonen	38
Tabelle 7: Der Pflegezeitraum eines Angehörigen in Jahren	43
Tabelle 8: Durchschnittlicher Zeitaufwand für die Pflege (Stunden pro Woche)	43
Tabelle 9: Gesundheitsindikatoren der Pflegepersonen	45
Tabelle 10: Erholungspausen und Schlaf	46

1 Einleitung

„Pflege kann jeder!“

So lautet ein Zitat des früheren Ministers und „Erfinders“ der Pflegeversicherung Norbert Blüm (vgl. Franke, 2013). Allerdings gestaltet sich die Pflege eines Angehörigen alles andere als einfach. Pflegende Angehörige sehen sich oftmals mit zahlreichen Belastungen sowie negativen Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit konfrontiert. Mehr als die Hälfte geht neben der häuslichen Pflege zudem einer Erwerbstätigkeit nach. Diese Doppelbelastung ist ein zentrales Thema der heutigen Gesellschaft.

Die Belastungssituation richtet sich dabei vor allem nach den Rahmenbedingungen, wie etwa den Grad der Pflegebedürftigkeit, und den jeweiligen Begleitumständen der Pflegeperson. Pflegende Angehörige empfinden den Zustand ihrer Gesundheit als deutlich schlechter als die durchschnittliche Bevölkerung (vgl. Bestmann *et al.*, 2014, S.21). Viele pflegende Angehörige werden mit Trauer, Leid und Zukunftssorgen konfrontiert. Die Pflege, die als unterschiedlich belastend empfunden wird, ist zusätzlich von persönlichen Bewältigungsmechanismen und vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten abhängig – Entlastungsangebote sind daher von großer Bedeutung (vgl. Brügger *et al.*, 2016).

Pflegende Angehörige sind Deutschlands größter Pflegedienst. Etwa 4,7 Millionen Menschen pflegen regelmäßig eine pflegebedürftige Person (vgl. Wetzstein *et al.*, 2015, S. 1). Dabei sind viele zusätzlich berufstätig. Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege bereitet den meisten große Schwierigkeiten und nur wenige sind in der Lage ihre Berufstätigkeit – bei gleichzeitiger Übernahme der Pflege – ohne Einschränkungen weiterzuführen (vgl. Czaja und Schumann, 2015, S.36).

Durch die Alterung der Gesellschaft, und der damit verbundenen steigenden Zahl an Pflegebedürftigen, wird die Unterstützung der Pflegepersonen immer wichtiger (vgl. Nickel *et al.*, 2012, S. 799). In Deutschland gibt es derzeit knapp 3,4 Mio. Pflegebedürftige. Dies entspricht einer Pflegequote von 4,10%. (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019a). Etwa drei Viertel aller Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt. Davon werden 1,76 Mio. Pflegebedürftige allein durch Angehörige und 830.000, die ebenfalls in Privathaushalten leben, vollständig von ambulanten

Pflegediensten, oder in Zusammenarbeit mit diesen, versorgt. Gut ein Viertel wird vollstationär in Pflegeheimen untergebracht (siehe Abb. 1).

3,4 Millionen Pflegebedürftige insgesamt	
Zu Hause versorgt: 2,59 Millionen (76%)	In Heimen vollstationär versorgt: 818.000 (24%)
Durch Angehörige: 1,76 Millionen Pflegebedürftige	Zusammen mit/ durch ambulante Pflegedienste: 830.000 Pflegebedürftige

Abbildung 1: Pflegebedürftige 2017 nach Versorgungsart (nach Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019b)

Die Zahl der Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, ist – im Vergleich zum Jahr 2015 – um 24,90% gestiegen, was unter anderem auf die Reformen der Pflegeversicherung schließen lässt (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019b). Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde nicht nur für die hilfsbedürftigen Menschen, sondern auch für deren Pflegepersonen eine Basis geschaffen, die den Risiken, die mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängen, entgegentritt (vgl. Meyer, 2006, S. 11).

Ziel dieser Arbeit ist es mittels eines Online- Fragebogens die Belastungen pflegender Angehöriger sowie Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu erfassen, um anhand dessen Schlussfolgerungen zur Unterstützung und Entlastung der Pflegenden ziehen zu können. Neben der Analyse des Fragebogens werden die aktuelle Situation und der Stand der Forschung in der Pflege sowie die verschiedenen Belastungsarten aufgezeigt. Des Weiteren gibt es einen Überblick zu möglichen Unterstützungsangeboten und Entlastungsmöglichkeiten.

In dieser Arbeit geht es um Pflegebedürftige und deren Pflegepersonen im Allgemeinen. Verschiedene Krankheiten wie Demenz oder andere alters- und krankheitsbedingte Einschränkungen Pflegebedürftiger stehen dabei nicht im Vordergrund. Zudem wurde ausschließlich Deutschland in die Bewertung mit einbezogen – andere Länder wurden nicht berücksichtigt.

2 Aktuelle Situation und Stand der Forschung in der Pflege

Das folgende Kapitel liefert eine Gesamtübersicht der Pflege. Neben der Ausgangssituation und den demographischen Herausforderungen werden die Entwicklung und Grundlagen der Pflege, die Einführung der Pflegeversicherung und zwei Pflegegesetze näher betrachtet.

2.1 Ausgangssituation und demographische Herausforderungen

Die Größe einer Bevölkerung ergibt sich aus der Bevölkerungszahl der Vorperiode. Dabei müssen die Geburten- (Saldo aus Geburten und Sterbefällen) und die Wanderungsbilanz (Saldo aus Zu- und Fortzügen) der aktuellen Periode berücksichtigt werden. Durch den demographischen Wandel werden die Veränderungen der Alterszusammensetzung in einer Gesellschaft beschrieben. In den letzten Jahrzehnten kam es zu einem deutlichen Anstieg des Durchschnittsalters (vgl. Maier, 2015). Aufgrund der höheren Lebenserwartung und der geringen Anzahl an Geburten kommt es zu einer neuen Verteilung der Altersklassen in der deutschen Bevölkerung. Demnach verschieben sich die bevölkerungsstarken Jahrgänge nach oben, wodurch die klassische Bevölkerungspyramide von seiner Form abweicht (vgl. Doblhammer und Dethloff, 2012). Zudem haben sich die einzelnen Lebensphasen immer wieder neu strukturiert (siehe Abb. 2). So wurde 1900 lediglich zwischen den zwei Lebensphasen Kindheitsalter und Erwachsenenalter unterschieden. Bis zum Jahr 2050 wird es im Gegensatz dazu 5 Phasen geben, die sich in Kindheitsalter, Jugendalter, Erwachsenenalter, Seniorenalter und Hohes Alter unterteilen (vgl. Maier, 2015).

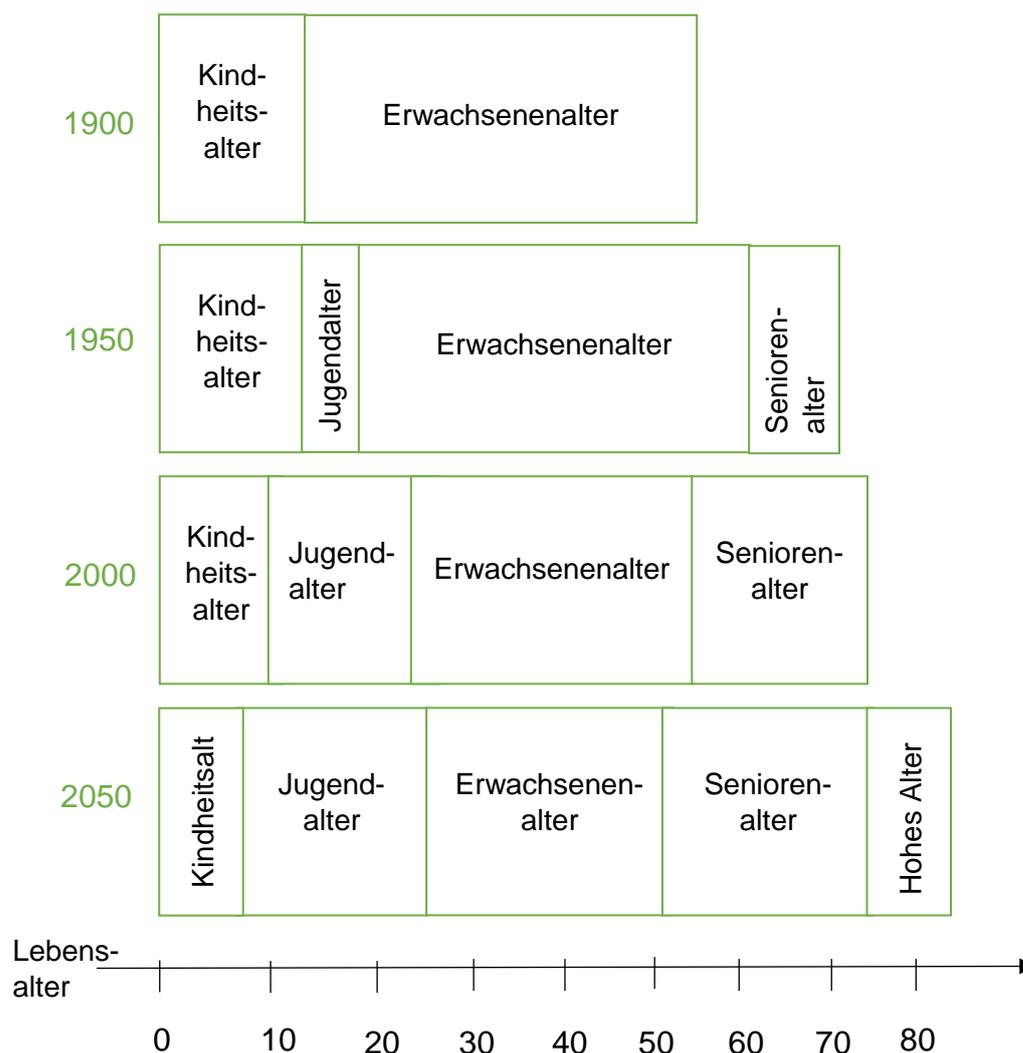


Abbildung 2: Strukturierung von Lebensphasen (nach Maier, 2015)

Die Anzahl älterer Menschen und die Zahl der über 80-jährigen nimmt – laut der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes – bis zum Jahr 2060 immer weiter zu, womit sich das Risiko, pflegebedürftig zu werden, erhöht. Vor allem sehr alte Menschen sind auf Langzeitpflege angewiesen, weswegen die Zahl der unterstützungsbedürftigen Menschen rapide ansteigen wird. Die Gesellschaft ist bezüglich ökonomischer und sozialer Neustrukturierungsprozesse vor bedeutende Herausforderungen gestellt (vgl. Meyer, 2006, S. 16; Statistisches Bundesamt (Destatis) 2019c).

Pflegebedürftige erhalten im Durchschnitt von zwei Personen, einschließlich einer Hauptpflegeperson, regelmäßig Pflege- und Unterstützungsleistungen (vgl. Meyer,

2006, S. 17). Die Pflegeperson steht dabei in ständigem Kontakt mit dem pflegebedürftigen Menschen und ist Teil seines sozialen Umfeldes (vgl. Rogers, 1995, S. 14). Von den Hauptpflegepersonen - bzw. pflegenden Angehörigen - sind mehr als 32% älter als 65 Jahre und werden derselben Altersgruppe wie die der pflegebedürftigen Person zugeordnet. Daraus resultiert, dass die Pflege von Angehörigen von Personen in einem höheren Alter übernommen werden muss, und für die Pflegeperson dabei selbst ein größeres Risiko besteht, zukünftig auf Hilfe angewiesen zu sein (vgl. Meyer, 2006, S. 17). Pflegende nehmen ihre eigene Gesundheit nicht ernst genug und vernachlässigen sich selbst. Hohe Belastungen werden zu lange erduldet und Arbeitsbedingungen als gegeben hingenommen. Dabei versuchen sie die Belastungen durch mehr Leistung und Aufwand auszugleichen. Als Folge dessen drohen häufig Burnout und Motivationsverluste (vgl. Geldermann, 2010).

2.2 Entwicklung und Grundlagen der Pflege

Definition von Pflege und Pflegebedürftigkeit

"Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung." (DBfK, 2014)

So lautet die Definition der Pflege des International Council of Nurses (ICN). Demnach spielt Pflege in allen Lebensphasen eine wichtige Rolle (vgl. DBfK, 2014). Der Begriff „Pflege“ ist sehr umfangreich. Im Zusammenhang mit der Gesundheits- und Krankenpflege wird er mit dem Verhältnis aus „gesund“ und „krank“ bzw. Helfenden und Hilfslosen in Verbindung gebracht. Pflege entsteht somit als Resultat der Pflegebedürftigkeit (vgl. Schroeter *et al.*, 2005, S. 20 f.).

Nach §14 SGB XI versteht man unter Pflegebedürftigkeit Personen, die

„(...) gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“
(Sozialgesetzbuch, 2017a).

Das allgemeine Ziel der Pflege ist Gesundheit und Wohlbefinden zu erlangen, zu bewahren und wiederherzustellen bzw. unheilbar Kranke und Sterbende zu betreuen, zu umsorgen und würdevoll zu begleiten. Entsprechend beschäftigt sich das Handeln in der Pflege damit, hilfsbedürftige Personen bei ihren täglichen Aufgaben zu unterstützen, die ein Erwachsener gewöhnlich ohne Hilfe erledigen kann (vgl. Schroeter *et al.*, 2005, S. 21).

Geschichte der Pflege

Im Laufe der Entstehungsgeschichte stand die Pflege im weitesten Sinne im Mittelpunkt des Homo sapiens. In der Regel versorgten Stammesfrauen die Kranken, Behinderten und Kinder, indem sie versuchten die Menschen von ihren Schmerzen zu befreien. Menschen bei ihren Krankheiten zu unterstützen, ist bis heute ein zentrales Anliegen (vgl. Rogers, 1995, S. 21).

Schon 2000 Jahre vor Christus war die Krankenpflege eine gesellschaftliche Aufgabe. Beispielsweise war es in Ägypten die Pflicht des Pharaos sich um sein Volk im Krankheitsfall zu kümmern. Bei der Krankenpflege im Mittelalter wurde Wohltätigkeit zum zentralen Motiv. Mönche und Ärzte waren in Klöstern und Spitälern, die überall errichtet wurden, für die Pflege verantwortlich. Darüber hinaus setzten sich kirchliche Organisationen und Ritterordern für die Krankenpflege ein (vgl. Graf von der Schulenburg und Greiner, 2000).

Die Kenntnisse des Menschen um die Natur vergrößerten sich immer mehr, was dazu führte, dass auch die Pflege professioneller und komplexer wurde. Die Entstehung antiker Hochkulturen offenbarte neue Dimensionen im Kampf um die Gesundheit (vgl. Rogers, 1995, S. 21).

Entwicklung der Pflege

Vor unserer Zeitrechnung bestimmte die Natur die Pflege, im Mittelalter übten „Weise Frauen“ Heilkunde und Hebammendienste aus und im 17.- 18. Jahrhundert war der Beginn der tätigkeitsorientierten Pflege. Der Arzt organisierte, verordnete und ordnete an. Das 19. Jahrhundert war das Jahrhundert der Berufskrankenpflege. Durch Florence Nightingale (1820-1910) entwickelte sich die Krankenpflege zu einem gesellschaftlich anerkannten Beruf. Es wurden Schulen gegründet, die eine medizinische Orientierung aufwiesen, und an denen Fächer wie Medizin, Chirurgie, Anatomie und Physiologie gelehrt wurden (vgl. Juchli, 1994, S. 10).

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich das Pflegeverständnis von der Pflegekunst zur Pflegekunde entwickelt (Tab. 1) (vgl. Juchli, 1994, S. 8).

Tabelle 1: Pflegeverständnis der vergangenen Jahrzehnte → Zukunft (nach Juchli, 1994, S. 8)

Pflegekunst	Bis in die 50er Jahre	<ul style="list-style-type: none"> - Sehr intuitive und reflektiert-individuelle Pflege - noch wenig Eigenbewusstsein - Motivation ist die Nächstliebe, das Helfen
Pflegetechnik	60er und 70er Jahre	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung von Techniken, Vereinheitlichung von Pflegeabläufen und Methoden - Arzt- und Medizinerorientierung - Aufwertung der Behandlungspflege auf Kosten der Grundpflege
Pflegekunde	Nach 1980 → Zukunft	<ul style="list-style-type: none"> - neue Bewusstheit für Werte wie Eigenständigkeit, Ganzheitlichkeit, Interdisziplinarität, Gesundheit - Pflegeforschung und Pflegetheorien bahnen den Weg für ein neues Pflegeverständnis - eindeutigere Orientierung an der Pflege selbst, Pflege wird Profession

Funktionen der Pflege

Aufgrund der neuen Ansätze des Pflegeverständnisses wurden 1992 neue Bestimmungen für die Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege rechtskräftig.

Anlass waren die pflegerischen Bedürfnisse der Gesellschaft. Diese Bedürfnisse werden durch fünf Tätigkeitsbereiche beschrieben (vgl. Juchli, 1994, S. 56):

„Funktion 1: Aktivitäten des täglichen Lebens unterstützen oder stellvertretend übernehmen.

Funktion 2: Begleiten in Krisensituationen und während des Sterbens.

Funktion 3: Mitwirken bei präventiven, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Funktion 4: Mitwirken an Aktionen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit; sich beteiligen an Eingliederungs- und Wiedereingliederungsprogrammen.

Funktion 5: Mitwirken an der Verbesserung der Qualität und Wirksamkeit der Pflege und bei der Entwicklung des Berufs; Mitarbeiten an Forschungsprojekten des Gesundheitswesens.“ (Juchli, 1994: 56)

2.3 Einführung der Pflegeversicherung

Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) wurde im Jahr 1995 als fünfte Säule im System der sozialen Sicherung eingeführt (vgl. Maier, 2015). Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurden sowohl Hoffnungen als auch Ängste verbunden. Zum einen wurde eine bedarfsgerechte Versorgung in Situationen der Pflegebedürftigkeit und der Abschied von der Sozialhilfe im „Pflegefall“ erhofft, zum anderen wurde jedoch eine Kostenexplosion, eine Ausweitung sozialstaatlicher Leistungen und die Gefährdung bisher erreichter Standards in der Pflege gefürchtet (vgl. Blinkert *et al.*, 1999).

Mit der Pflegeversicherung sollte ein Altern in Würde ermöglicht werden (vgl. Maier, 2015). Für die Einführung der SPV gab es sehr unterschiedliche Gründe. Die Kosten im Falle einer Pflegebedürftigkeit waren sehr hoch, weswegen für viele die Sozialhilfe bevorzugen. Die Inanspruchnahme deutete früher auf ein Versagen in Arbeits- und Berufsleben hin. Mit Hilfe der Pflegeversicherung sollte eine bessere Absicherung bei Pflegebedürftigkeit erreicht werden. Des Weiteren stellte die Be- und Überlastung der pflegenden Angehörigen ein bedeutendes Problem dar. Als Belastung galt beispielsweise der Rückzug von sozialen Kontakten, körperliche Anstrengungen, die ständige Erreichbarkeit, Probleme mit dem Partner sowie keine Aussicht auf

Verbesserung der aktuellen Situation. Vielmehr wurde eine Verschlimmerung gefürchtet. Dies hat unter anderem zur Folge, dass die Qualität in der Pflege leidet. Darüber hinaus wird die informelle Pflege nicht gleichermaßen auf beide Geschlechter verteilt und ausreichend gewürdigt. Für die Pflegeperson besteht zudem die Gefahr von gesundheitlichen Folgeschäden (vgl. Blinkert *et al.*, 1999).

Der Leitgedanke der sozialen Pflegeversicherung lautet „ambulant vor stationär“. Dadurch soll zum einen die familiäre Pflege mehr zum Einsatz kommen, zum anderen wird darauf hingewiesen, dass aufgrund des Zusammenhalts eines Familiennetzwerkes informelle Helfer zur Verfügung stehen (vgl. Meyer, 2006, S. 11).

2.4 Pflegegesetze

2.4.1 Pflegeneuausrichtungsgesetz

Das Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) wurde am 30.10.2012 verabschiedet, trat aber erst am 01.01.2013 vollständig in Kraft. Mit der Einführung des PNG wurden zwei primäre Ziele angestrebt. Zum einen wurden für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, d.h. Personen, die an Demenz erkrankt sind, bessere Pflegeleistungen eingeführt. Demnach haben nun auch Personen, die nicht als pflegebedürftig gelten, die Möglichkeit Leistungen in allen ambulanten Haupt- und Nebenleistungsarten zu beziehen. Zum anderen wurden ambulante Versorgungssettings verbessert. Pflegebedürftige haben mit Hilfe des PNG neben Pflegegeld auch gleichzeitig den Anspruch auf Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege. Infolgedessen wird das Pflegegeld, bei Bezug der Nebenleistungen, zur Hälfte weitergezahlt. Dies gilt für eine Zeitspanne von bis zu 28 Tagen und zusätzlich bei Inanspruchnahme einer Kombination von Geld- und Sachleistungen (vgl. TNS, 2017, S. 23 f.).

Pflegepersonen, die ihre Angehörigen zu Hause pflegen, erlangen seit 01.01.2013 besseren Zugang zu Leistungen der sozialen Sicherung. Außerdem haben sie die Möglichkeit Rehabilitationsmaßnahmen zu nutzen und währenddessen den zu Pflegenden in derselben Einrichtung in Kurzzeitpflege zu geben (vgl. TNS, 2017, S. 24).

Insgesamt wurden folgende Verbesserungen umgesetzt:

- „Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme durch die Möglichkeit der Abrechnung über Zeitvolumen
- Häufige Weiterzahlung des Pflegegeldes auch während der Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Verhinderungspflege
- Erwerb von Rentenversicherungsansprüchen für Pflegepersonen auch durch Zusammenrechnung der Pflege mehrerer Personen
- Förderung von Selbsthilfegruppen
- Förderung neuer Wohnformen
- Wohnanpassung in betreuten Wohngruppen
- Leistungsverbesserung für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ (TNS, 2017: 23)

2.4.2 Pflegestärkungsgesetze

Mit den Pflegestärkungsgesetzen wurde die Pflege durch die Bundesregierung seit 2015 verbessert. Die Pflegeversicherung wurde grundlegend verändert und neugestaltet (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017a, S. 3):

1. Pflegebedürftigkeit neu definiert

Es werden neben körperlichen auch geistige und seelische Beeinträchtigungen bei der Begutachtung mit einbezogen.

2. Fünf neue Pflegegrade

Fünf neue Pflegegrade ersetzen die bisher üblichen drei Pflegestufen. Dies führt zu einer genaueren Einordnung der Pflegebedürftigkeit eines Menschen.

3. Höheres Pflegegeld

Das Pflegegeld wurde für alle Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden., erhöht.

4. Mehr Geld für Pflegehilfsmittel

Für Pflegehilfsmittel wie Einmalhandschuhe oder Bettschutzeinlagen können im Monat 40 Euro genutzt werden.

5. Höhere Zuschüsse für Umbauten

Zur Umgestaltung des Wohnumfeldes können bis zu 4.000 Euro in Anspruch genommen werden.

6. Weniger Anträge

Es müssen weniger Anträge für Hilfsmittel, wie z.B. für Gehhilfen etc., beantragt werden.

7. Höhere Pflegesachleistungen

Für Pflegesachleistungen steht für alle Pflegestufen bzw. Pflegegrade mehr Geld zur Verfügung.

8. Ausbau der Tages- und Nachtpflege

Die Leistungen für die Tages- und Nachtpflege wurden deutlich erhöht.

9. Ausweitung der Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege kann bis zu acht Wochen jährlich in Anspruch genommen werden.

10. Angebote zur Unterstützung im Alltag

Zur Unterstützung der Kosten im Alltag, kann ein Entlastungsbeitrag von bis zu 125 Euro monatlich beantragt werden.

11. Förderung betreuter Wohngruppen

Für Wohngruppen und den Umbau der Wohnung erhalten Pflegebedürftige eine Anschubfinanzierung und zusätzlich einen monatlichen Wohngruppenzuschlag.

12. Höhere Leistungsbeiträge

Die Leistungsbeträge wurden für Pflegebedürftige, die vollstationär versorgt werden, erhöht.

13. Neuerungen bei den Eigenanteilen

Es gibt einen einheitlichen Eigenanteil für alle Pflegebedürftigen in derselben vollstationären Pflegeeinrichtung, der unabhängig von deren Pflegegrad ist.

14. Mehr Betreuungsangebote

Es können mehr Betreuungsangebote, wie z.B. Spaziergänge oder Vorlesen, von stationär Gepflegten in Anspruch genommen werden.

15. Verbesserte Pflege zu Hause

Angehörige haben die Möglichkeit an einem kostenlosen Pflegekurs und an einer Pflegeberatung teilzunehmen.

16. Mehr Auszeiten

Die sogenannte Verhinderungspflege entlastet pflegende Angehörige bis zu acht Wochen jährlich, um von der Pflege eine Auszeit zu nehmen.

17. Freistellung vom Beruf

Angehörige, die neben der Pflege berufstätig sind, haben die Möglichkeit bis zu zehn Tage einmalig Lohnersatzleistungen zu beantragen. Zudem können sie bis zu zwei Jahre ihre Arbeitszeit kürzen.

18. Bessere soziale Absicherung

Pflegende Angehörige erlangen eine bessere soziale Absicherung hinsichtlich Rentenversicherungsbeiträgen und Arbeitslosenversicherung.

19. Einfachere Pflegedokumentation

Durch eine einfachere Pflegedokumentation können Pflegekräfte mehr Zeit mit ihren Patienten verbringen.

20. Zusätzliche Betreuungskräfte

Es stehen mehr Betreuungskräfte für die Pflege zur Verfügung. Diese entlasten sowohl die Pflegebedürftigen als auch die Fachkräfte.

Am 1. Januar 2015 wurde das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) verabschiedet. Ziel war es die Pflege weiter auszubauen und die Unterstützung für Pflegebedürftige, deren Angehörige und Pflegekräfte zu verbessern. Das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde am 1. Januar 2016 eingeführt. Darin wurden der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungs-Instrument, mit dem diese

festgestellt wird, in der sozialen Pflegeversicherung festgeschrieben (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 14).

Das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I)

Zur Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen wurden die Leistungen der Pflegeversicherung ausgeweitet und können zudem individueller genutzt werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 14).

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

Durch das PSG II und der Einführung des neuen Begutachtungs-Instruments wurden die Pflegestufen I, II und III durch fünf Pflegegrade erneuert. Allen Pflegebedürftigen, unabhängig von deren körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigung, stehen ab 2017 gleichermaßen Leistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung. Durch ein besseres Erkennen der jeweiligen Situation, können auf Pflege angewiesene Personen individueller betreut werden. Zudem wird deren Selbstständigkeit im Alltag gesteigert (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 14).

Leistungszuwächse der Sozialen Pflegeversicherung

Aufgrund des PSG I wurden beinahe alle Leistungsbeträge der SPV um vier Prozent gesteigert, weswegen im Jahr 2015 ca. 2,4 Milliarden Euro mehr für die Pflege verwendet werden mussten. Davon wurden rund 1,4 Milliarden Euro für die ambulante Pflege eingesetzt. Mit zusätzlichen 2,5 Milliarden Euro durch das PSG II standen ab 2017 fünf Milliarden Euro mehr für die Pflege zur Verfügung. Die Pflegeversicherung zeigt damit eine größere Leistungsfähigkeit (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 19).

Pflegestufen und Pflegegrade

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der durch das PSG II erneuert wurde, wird seit 2017 durch fünf Pflegegrade definiert. Diese werden durch das neue Begutachtungsinstrument – das Begutachtungsassessment (NBA) – bestimmt. Die Leistungen der Pflegeversicherung können somit besser auf die individuellen Beeinträchtigungen abgestimmt werden. Pflegebedürftige, die bereits Leistungen erhalten, werden ohne weitere Begutachtung und Antrag dem neuen Pflegegrad zugewiesen (Tab. 2) (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 20).

Tabelle 2: Überleitung Pflegestufe in Pflegegrad (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 20)

Bei Menschen mit körperlichen Einschränkungen gilt die Regel „+1“		Bei Menschen mit dauerhaft eingeschränkter Alltagskompetenz gilt die Regel „+2“	
In Pflegestufen bis 2016	In Pflegegraden ab 2017	In Pflegestufen bis 2016	In Pflegegraden ab 2017
I	2	0	2
II	3	I	3
III	4	II	4
III (Härtefall)	5	III	5

Der Pflegegrad I wird lediglich bei Personen, die nach dem 1. Januar 2017 einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen, berücksichtigt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 20).

Das neue Begutachtungsassessment (NBA) und Einstufung in die Pflegegrade

1. Erfassen der Selbstständigkeit in 6 Bereichen

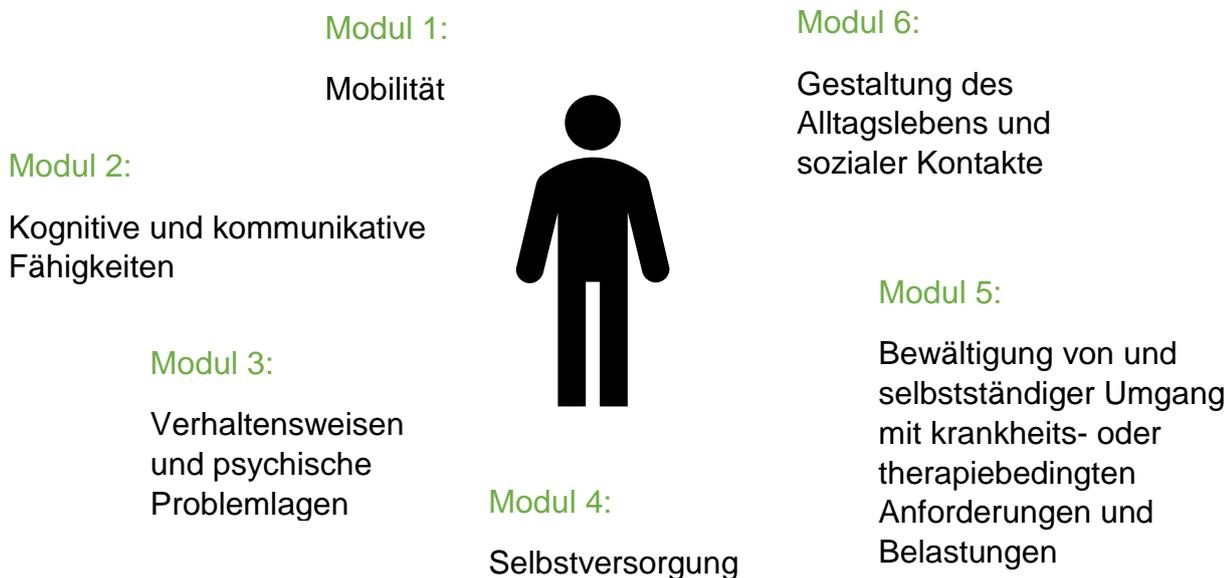


Abbildung 3: 6 Bereiche des Begutachtungsassessment (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 88 ff.)

Zusätzlich werden 'Selbstständigkeit' und 'Fähigkeit' in den Bereichen „Außerhäusliche Aktivitäten“ (Modul 7) und „Haushaltsführung“ (Modul 8) betrachtet. Diese dienen jedoch nicht zur Ermittlung des Pflegegrades. Sie werden zur weiteren Beratung, Planung oder zur Erstellung eines individuellen Versorgungsplans herangezogen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 89 f.).

2. Berechnung und Gewichtung der Punkte

Je nach Schweregrad der Beeinträchtigung werden für jedes Modul Punkte vergeben. Diese werden anschließend addiert und gewichtet. Jedes Modul hat dabei eine unterschiedliche Gewichtung, die die Gesamtwertung beeinflusst:

Tabelle 3: Gewichtung der Module zur Erfassung des Pflegegrades

Modul	Modul 1	Modul 2/ Modul 3	Modul 4	Modul 5	Modul 6
Gewichtung	10%	15%	40%	20%	15%

Bei Modul 2 und Modul 3 wird der jeweils höhere Punktwert in die Wertung mit einbezogen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 89 f.).

3. Einstufung

Anhand des Gesamtwertes wird die Zuordnung des jeweiligen Pflegegrades bestimmt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 89 f.):

Tabelle 4: Gesamtwerte zur Einstufung des Pflegegrades

Gesamtpunkte	12,5 – < 27	27 - < 47,5	47,5 - < 70	70 - < 90	90 - 100
Pflegegrad	1	2	3	4	5

3 Belastungen pflegender Angehöriger

Pflegearbeit ist mit einer Vielzahl von Belastungen verbunden (vgl. Michaelis, 2005, S. 263). Psychische, physische, soziale und finanzielle Belastungen bestimmen unter anderem den Arbeitsalltag der Pflegenden. Dabei hängen sie von unterschiedlichen Faktoren, wie der persönlichen Situation, der Wohnsituation, der Lebensvergangenheit, dem Wunsch oder Pflichtgefühl die Pflege zu übernehmen, nachbarschaftlicher Mithilfe sowie dem Umgang mit Sterben und Tod, ab. Dementsprechend können sie auch unterschiedlich bewältigt werden. Die Belastungen unterscheiden sich zudem hinsichtlich körperlicher Hilfsbedürftigkeit, geistig-seelischem Abbau oder bei Vorliegen von beidem (vgl. Holuscha, 1992, S. 65 ff.). Die Arbeit in der Pflege stellt für Viele eine beträchtliche Verausgabung dar (vgl. Michaelis, 2005, S. 263 ff.).

3.1 Begriffsdefinition

Der Begriff Belastung hat viele unterschiedliche Bedeutungen. Ein Synonym für mentale oder psychische Belastung ist beispielsweise das Stichwort Stress. Eine nationale sowie internationale Basis bildet daher die Norm DIN EN ISO 10075 (vgl. Schüle, 2012). Demzufolge wird unter einer psychischen Belastung die „(...) Gesamtheit aller erfaßbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“, verstanden (van Dick, 1999: 24).

3.2 Belastungsarten

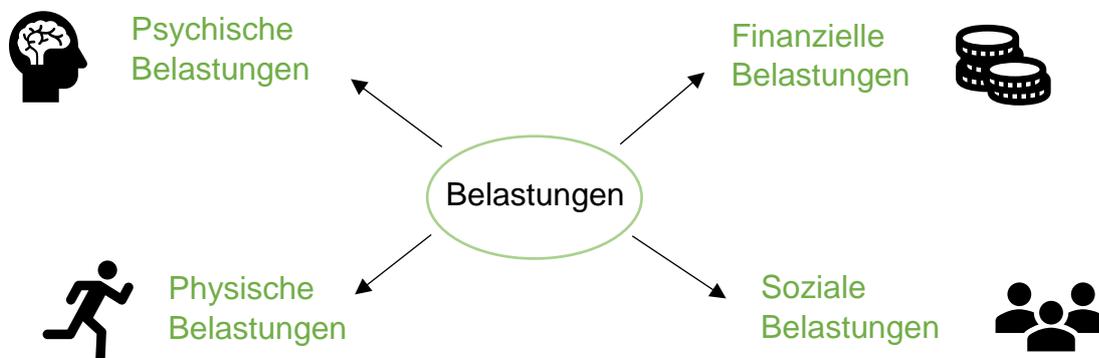


Abbildung 4: Belastungsarten

Im Folgenden werden die vier Belastungsarten näher erläutert.

3.2.1 Psychische Belastung

Gründe für psychische Belastungen sind vielseitig. So empfinden es viele Angehörige als belastend, dass es keine Hoffnung auf Verbesserung der Situation gibt und trotz aller Anstrengungen und Bemühungen das Leid der Pflegebedürftigen nur gelindert und nicht aufgehoben werden kann. Des Weiteren verändern sich Pflegebedürftige sowohl geistig als auch psychisch, was zu Schwierigkeiten in der Kommunikation und komplizierten Auseinandersetzungen führt (vgl. Holuscha, 1992, S. 67 f.).

„Von den Familienangehörigen wird als besonders belastend erlebt, wenn der Gepflegte sich nicht mehr erkennt.“ (Holuscha, 1992: 68)

Zudem haben pflegende Angehörige aufgrund der Aufgaben, die in der Pflege anfallen, keine Möglichkeit mehr sich in ihrer eigenen Wohnung dem Alltag zu entziehen (vgl. Holuscha, 1992, S.68).

Die am meisten vorkommenden psychischen Belastungen sind u.a. Schlaflosigkeit, Reizbarkeit und depressive Gefühle. Ursprung der psychischen Belastungen ist vor allem die Angst um das Wohlbefinden des Gepflegten und die Unsicherheit über die in Zukunft anfallenden Pflegeaufgaben. Darüber hinaus fürchten Angehörige in höherem Lebensalter in wie weit sie die Pflege zukünftig übernehmen können (vgl. Holuscha, 1992, S. 68).

Durch das Auftreten einer Pflegebedürftigkeit kommt es zu einem Rollenwechsel. Hat sich beispielsweise früher die Mutter um die Tochter gekümmert, so muss sich die Tochter jetzt um ihre Mutter kümmern. Dabei ist es schwierig sich mit der Veränderung der Rollen vertraut zu machen. Oft fühlen sich pflegende Angehörige traurig und unglücklich und es entstehen Schuldgefühle. Diese entwickeln sich in jederlei Hinsicht. Vor allem durch die Annahme etwas nicht richtig gemacht zu haben. Zudem fühlen sich pflegende Angehörige häufig schuldig, wenn sie anderen Familienmitgliedern durch die Pflege weniger Beachtung geschenkt haben. Kritik und Vorwürfe der Nachbarn oder Verwandten vergrößern die Schuldgefühle zusätzlich. Dies kann sogar dazu führen, dass das Selbstwertgefühl des Pflegenden soweit erniedrigt wird, dass er keinen Sinn mehr im Leben sieht und den Wunsch hat dieses zu beenden. Viele Angehörige empfinden es zudem als Belastung ihr Leben und ihren Alltag nicht mehr nach ihren eigenen Vorstellungen kreieren zu können. Keine Hoffnung auf Verbesserung der Situation zeigt damit eines der wichtigsten Symptome für chronische Belastung auf (vgl. Holuscha, 1992, S. 68 ff.).

Pflegende, die einen an Demenz erkrankten Angehörigen pflegen, sind in besonders hohem Maße belastet, da sie oftmals mit der Pflege überfordert sind. Zudem müssen sie durch die geistige Veränderung des Pflegebedürftigen großes Einfühlungsvermögen hervorbringen (vgl. Holuscha, 1992, S. 72).

Pflege, die von emotionalen Spannungen begleitet wird, stellt eine zusätzliche Belastung dar. Dies ist häufig der Fall, wenn nur eine geringe Zuneigung zwischen Pflegeperson und Gepflegtem besteht. Gründe dafür sind beispielsweise frühere Konflikte, die nicht ausgetragen wurden. Es entstehen Aggressionen durch den

emotionalen Druck, die in Ausnahmefällen mit Gewalthandlungen einhergehen (vgl. Holuscha, 1992, S. 73).

3.2.2 Physische Belastung

Psychische Belastungen werden häufig von körperlichen Belastungen begleitet (vgl. Holuscha, 1992, S. 73). Die Pflegeaufgaben beinhalten Tätigkeiten, die Muskel- und Skeletterkrankungen begünstigen. Die Patienten müssen oftmals umgelagert und bewegt werden, wobei der Pflegende durch das Heben und Tragen eine bandscheibenschädigende Körperhaltung einnimmt. Dabei kommt es zu Rückenleiden, wodurch unter anderem das Risiko einer Erkrankung der Lendenwirbelsäule zunimmt (vgl. Michaelis, 2005, S. 263 f.). Des Weiteren sind die meisten pflegenden Angehörigen, aufgrund der häufig unterbrochenen Nachtruhe und ständigen Bereitschaft, sehr erschöpft. Die physische Belastung ist vor allem bei Pflegebedürftigen, die bettlägerig und inkontinent sind, besonders groß. Insbesondere pflegende Frauen, die zwischen 50 und 70 Jahre alt sind, erreichen das Limit ihrer körperlichen Belastbarkeit. Es folgen Depression und Müdigkeit (vgl. Holuscha, 1992, S. 74).

Aufgrund der Pflege werden die eigenen Bedürfnisse erheblich eingeschränkt, was zu einer Dauer-Stress-Situation führt. Dieser Dauerstress macht krank. Ca. 50% der pflegenden Angehörigen suchten einen Arzt wegen Rückenschmerzen, Nervosität oder psychosomatischer Beschwerden auf. Dabei gilt der Leitsatz:

„Die Pfleger von heute sind die Gepflegten von morgen.“ (Holuscha, 1992: 74).

Weiterhin wird der Großteil der Pflegebedürftigen von dem Ehepartner gepflegt, für den körperliche Beanspruchungen besonders belastend sind, da er aufgrund seines ebenfalls hohen Alters oft selbst an Krankheiten leidet. Sein Gesundheitszustand wird durch die Pflege somit verschlimmert (vgl. Holuscha, 1992, S. 74).

3.2.3 Soziale Belastung

Im Durchschnitt werden Pflegebedürftige sechs Jahre gepflegt, wobei die Pflege meistens ein Full-Time-Job ist. So kommt es oft vor, dass Angehörige mehr als neun Stunden am Tag für die Pflege aufwenden. Insbesondere bei schwer Pflegebedürftigen muss viel Zeit für die Pflege aufgebracht werden, da diese auch oft in der Nacht eine Betreuung benötigen. Der Tagesablauf kann also vom Pflegenden nicht selbst bestimmt werden, denn auch wenn er sich gerade nicht um den Angehörigen kümmern muss, ist er dennoch an das Haus gebunden. Die stete Anwesenheit ermöglicht keinen Urlaub, kein freies Wochenende, keine Freizeit und nur wenig Zeit mit der Familie. Pflegepersonen können sich nicht vom Druck der Verantwortung lösen und müssen ihre eigenen Bedürfnisse und Wünsche erheblich einschränken oder gar darauf verzichten (vgl. Holuscha, 1992, S. 75 f.).

Auch innerhalb der Familie kommt es durch die Pflege zu Spannungen. Insbesondere Mütter, die sich neben den Aufgaben für den Hilfsbedürftigen auch noch um ihre Kinder kümmern müssen, fühlen sich in großem Maße belastet. Sie haben wenig Zeit sich mit den Problemen und Angelegenheiten der Kinder zu befassen, weshalb deren Entfaltungsmöglichkeiten erschwert werden. Darüber hinaus kommt die Führung des Haushalts durch die Pflegeaufgaben zu kurz, was sich wiederum auf das physische und psychische Wohlergehen der Familie auswirkt. Die familiären Beziehungen werden durch die fehlende Privatsphäre, den begrenzten Wohnraum und zu wenig gemeinsame Aktivitäten belastet. In Ausnahmefällen kommt es durch die Übernahme der Pflege sogar zu einer Trennung der Ehepartner (vgl. Holuscha, 1992, S. 78 f.).

Eine weitere Belastung ist der Mangel an Kontakten zu Gleichgesinnten, aber auch zu anderen Personen. Durch die ständige Bereitschaft können Pflegende ihre Freizeit nicht frei gestalten. Vor allem pflegende Ehepartner oder alleinstehende Töchter isolieren sich mit der Zeit und verlassen nur selten das Haus. Zudem werden kaum noch Freundschaften und Bekanntschaften gepflegt, was immer mehr zum Verlust von sozialen Kontakten führt. Pflegepersonen haben nicht die Möglichkeit ohne Einschränkungen am normalen Leben teilzuhaben und sich mit anderen auszutauschen (vgl. Holuscha, 1992, S. 82 f.).

„Eine der größten Belastungen kann also in den eingeschränkten Umweltkontakten bestehen.“ (Holuscha, 1992: 83)

3.2.4 Finanzielle Belastung

Bei der Betreuung eines Pflegebedürftigen fallen viele verschiedene Kosten an. Diese beinhalten zum einen Nahrungsmittel, Medikamente, Aufsichtspersonen, Transporte, Spezialbetten und vieles mehr. Zum anderen führt die Versorgung eines Angehörigen bei der Pflegeperson zu einem Verdienstausschlag, da sich diese, anstatt zu arbeiten, um den Hilfsbedürftigen kümmert. Somit werden die finanziellen Mittel mit dem Eintritt der Pflegeleistungen deutlich reduziert. Sie bestimmen zudem in wie weit pflegende Angehörige Aufgaben abgeben und ob Belastungen und Nachteile, anhand veränderbarer Rahmenbedingungen, vermieden werden können. Je größer die finanziellen Mittel, desto mehr Möglichkeiten hinsichtlich der Pflegesituation. Daher weisen Familien mit einem geringen Einkommen die größten Schwierigkeiten auf. Sie sind nicht im Stande Pflegedienste oder andere Hilfsmittel aus der eigenen Tasche für ihre Entlastung zu bezahlen und dadurch auf das Angebot der Pflegeversicherung reduziert. Zudem besteht keine Möglichkeit den Wohnraum pflegegerecht anzupassen. Darüber hinaus erhalten pflegende Angehörige, die einen geringen sozioökonomischen Status aufzeigen, wenig Informationen bezüglich Unterstützungsangeboten (vgl. Holuscha, 1992, S. 76 f.).

3.3 Pflege und Beruf

Pflegende Angehörige, die neben der Pflege einer Erwerbstätigkeit nachgehen, sind in besonders hohem Maße belastet. Zudem sind auch Frauen heutzutage meistens berufstätig. Damit kommt es zu einem Zwiespalt zwischen Beruf und Pflege. Die Vereinbarkeit dieser ist sehr schwierig und Berufstätige müssen oftmals von Arbeitszeiten abweichen, Stunden reduzieren, den Arbeitsplatz wechseln und schlechtere Arbeitsbedingungen akzeptieren. Aufgrund der Pflege verzichten sie daher auch häufig auf Karriere- und Aufstiegschancen innerhalb ihres Berufs. Darüber hinaus führt die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu einer Doppelbelastung. Pflegepersonen sind an ihrem Arbeitsplatz häufig müde und gereizt und können sich auf ihre Aufgaben nicht richtig konzentrieren. Trotzdem wollen Pflegende nicht auf ihre Berufstätigkeit verzichten. Zum einen bedeutet ein Verdienstausschlag finanzielle Schwierigkeiten und zum anderen ist ein Berufseinstieg nach längerer Pause erschwert. Menschen, die ihre Angehörigen pflegen, möchten nicht nur die Pflege

angemessen durchführen, sondern sich auch um ihre Familie kümmern und zudem ihrem Arbeitgeber volle Einsatzbereitschaft entgegenbringen. Eine Vereinbarkeit dieser Bereiche lässt sich jedoch kaum ermöglichen. Damit Pflegende nicht selbst an den Folgen ihrer Belastungen erkranken, fällt für viele die Wahl auf das Ausscheiden aus dem Berufsweg (vgl. Holuscha, 1992, S. 83 ff.).

3.4 Lebensqualität

Lebensqualität beschreibt einen Begriff aus der Sprache des Alltags. Menschen können sie nur für sich selbst bestimmen. Die allgemeine Zufriedenheit steht dabei in Zusammenhang mit der Zufriedenheit kleinerer Bereiche, wie Gesundheit, Finanzen und sozialen Kontakten (vgl. Cappell, 2005, S. 195 f.).

„Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen.“ (Cappell, 2005: 195)

Laut Maslow hat der Mensch folgende fünf Grundbedürfnisse, die befriedigt werden müssen, um eine gute Lebensqualität zu erhalten und glücklich zu sein (vgl. Jackson *et al.*, 2014; Evans *et al.*, 2017):



Abbildung 5: Bedürfnispyramide nach Maslow (nach Kenrick *et al.*, 2010; Jackson *et al.*, 2014)

Die zwei unteren Stufen seiner Pyramide beinhalten physiologische Bedürfnisse und damit verbundene Sicherheitsbedürfnisse, wie beispielsweise Sicherheit und Stabilität, die für das Überleben eines jeden Menschen von großer Bedeutung sind. Sie sind die grundlegenden Ebenen und stehen häufig im Mittelpunkt. Die nachfolgenden drei Stufen behandeln soziale Bedürfnisse, wie Liebe und Zugehörigkeit, und außerdem Selbstwertschätzung und Selbstverwirklichung (vgl. Jackson *et al.*, 2014). Maslows Modell hatte starken Einfluss auf die Psychologie, einschließlich der Teilbereiche Persönlichkeit, Sozialpsychologie, Psychopathologie, Entwicklungspsychologie und organisationales Verhalten (vgl. Kenrick *et al.*, 2010). Maslow war der Überzeugung, dass Menschen danach strebten die höchsten Ebenen ihrer Fähigkeiten zu erreichen, jedoch niemals alle ihre Bedürfnisse befriedigen können, insbesondere Bedürfnisse auf höchster Ebene (vgl. Mousavi *et al.*, 2013). Die Anwendung der Maslow Hierarchie zeigt zudem Unterschiede hinsichtlich der Bedürfnisse (vgl. Evans *et al.*, 2017). Erwartungen und Verfügbarkeit sind zwei Faktoren, die den Bedarf beeinflussen. Dabei basieren die Erwartungen auf den jeweiligen Erfahrungen in der Vergangenheit und der Gegenwart (vgl. Behjati, 2014).

Durch die Pflege schränken Pflegepersonen ihre eigenen Wünsche jedoch erheblich ein und sind durch die ständige Bereitschaft oft an den Pflegebedürftigen und das Haus gebunden. Sie vernachlässigen sich selbst und nehmen ihre eigene Gesundheit nicht ernst genug (siehe 3.2). Durch den hohen Pflegeaufwand ist es daher für viele pflegende Angehörige nicht möglich, all ihre Bedürfnisse zu befriedigen.

4 Unterstützungsangebote und Entlastungsmöglichkeiten

Unterstützungsangebote und Entlastungsmöglichkeiten sind wichtig um pflegende Angehörige durch den mit Anstrengungen und Stress gefüllten Alltag zu begleiten.

4.1 Kurzzeit-, Verhinderungs- und Tages- & Nachtpflege

Kurzzeitpflege

Pflegebedürftige, die sich beispielsweise in einer akuten Krisensituation befinden oder nach einem Krankenhausaufenthalt vorübergehend vollstationär gepflegt werden müssen, haben die Möglichkeit Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung zu nutzen. Von der Kurzzeitpflege kann dabei für einen begrenzten Zeitraum von maximal acht Wochen pro Kalenderjahr Gebrauch gemacht werden. Die Leistungen für die pflegebedürftige Person berücksichtigen über die Grundpflege hinaus auch die medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung werden allerdings nicht von der Krankenkasse erstattet und müssen vom Pflegebedürftigen selbst getragen werden. Kurzzeitpflege kann zudem von Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege beantragt werden, wenn ihre Pflegepersonen nicht immer in der Lage sind die Pflege zu Hause durchzuführen. Wenn auch teilstationäre Pflege nicht mehr genügt, kann daher auf Kurzzeitpflege zurückgegriffen werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 50).

Im Allgemeinen funktioniert die Kurzzeitpflege wie folgt:

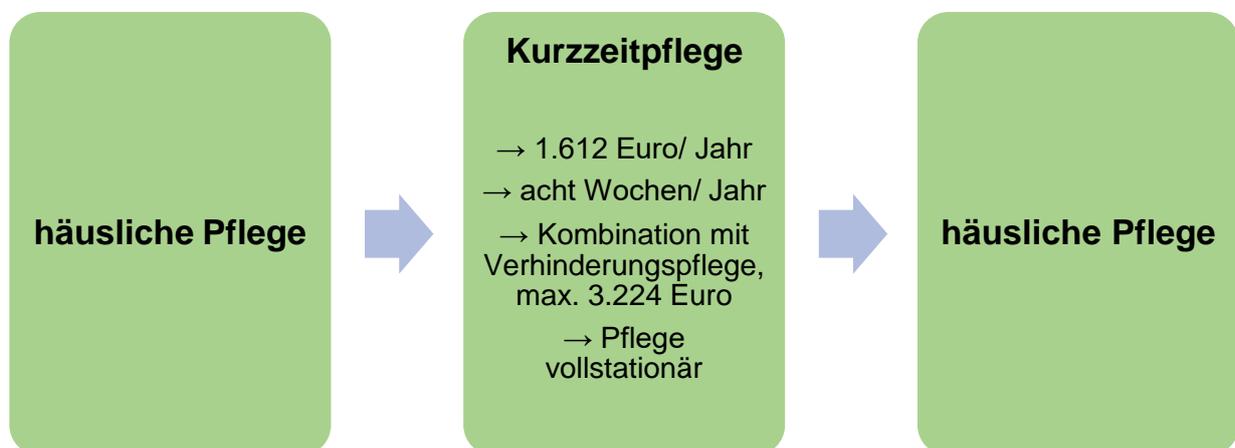


Abbildung 6: allgemeiner Ablauf Kurzzeitpflege (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 52)

Variante 1: Pflege z.B. durch Angehörige



Abbildung 7: Kurzzeitpflege bei Pflege durch Angehörige (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 52)

Variante 2: Pflege durch Pflegedienste oder Einzelpflegekraft

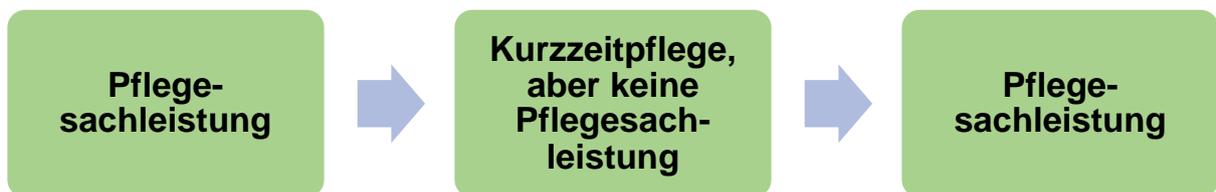


Abbildung 8: Kurzzeitpflege bei Pflege durch Pflegedienst (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 52)

Wird die Kurzzeitpflege für weniger als acht Wochen genutzt, können die restlichen Wochen in einem späteren Zeitraum des Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Das Pflegegeld wird zu 50% und bis zu acht Wochen binnen der Kurzzeitpflege und am ersten und letzten Tag vollständig gezahlt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 52).

Verhinderungspflege

Ist die Pflegeperson auf Grund von Krankheit, Erholungsurlaub oder anderen Gründen verhindert, kommt die sogenannte Verhinderungspflege zum Einsatz. Die Verhinderungspflege kann von Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden, in Anspruch genommen werden, wobei die häusliche Pflege seit mindestens sechs Monaten stattgefunden haben muss. Des Weiteren kann sie dabei von nahen Angehörigen, ambulanten Pflegediensten, Einzelpflegekräften oder ehrenamtlichen Pflegepersonen durchgeführt werden. Innerhalb eines Jahres ist es möglich die Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen zu beanspruchen, währenddessen zusätzlich 50% des Pflegegeldes fortbezahlt wird. Darüber hinaus kann die Ersatzpflege auch nur stundenweise genutzt werden. Die Kosten für die

Verhinderungspflege werden von der Krankenkasse erbracht, in welcher Höhe entscheidet dabei von wem die Pflege ausgeführt wird (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 54 ff.).

Im Allgemeinen und bei Ausführung der Ersatzpflege durch einen Pflegedienst oder private Pflegepersonen, die nicht verwandt sind, funktioniert die Verhinderungspflege wie folgt:

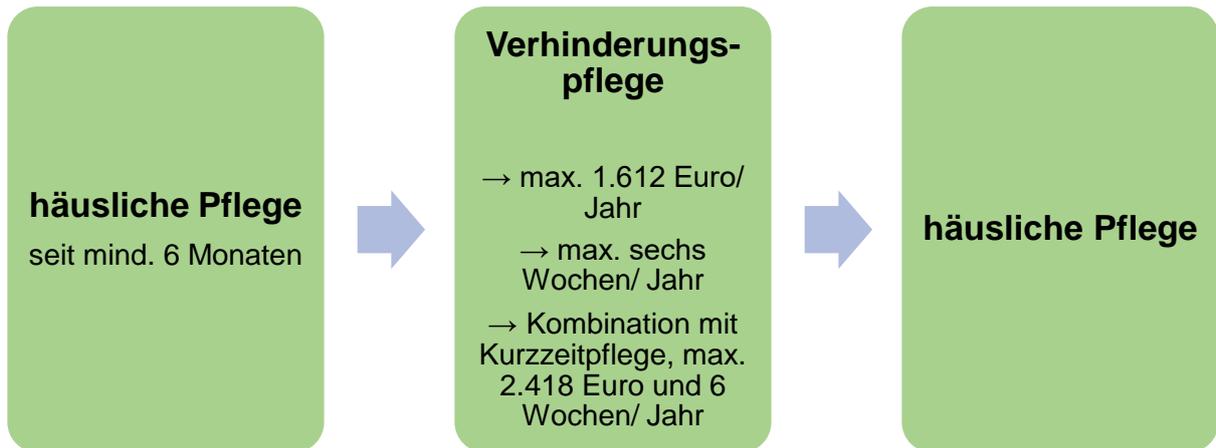


Abbildung 9: allgemeiner Ablauf Verhinderungspflege (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 56)

Wird die Verhinderungspflege durch nahe Angehörige erbracht, erfolgt die Pflege in dieser Weise:

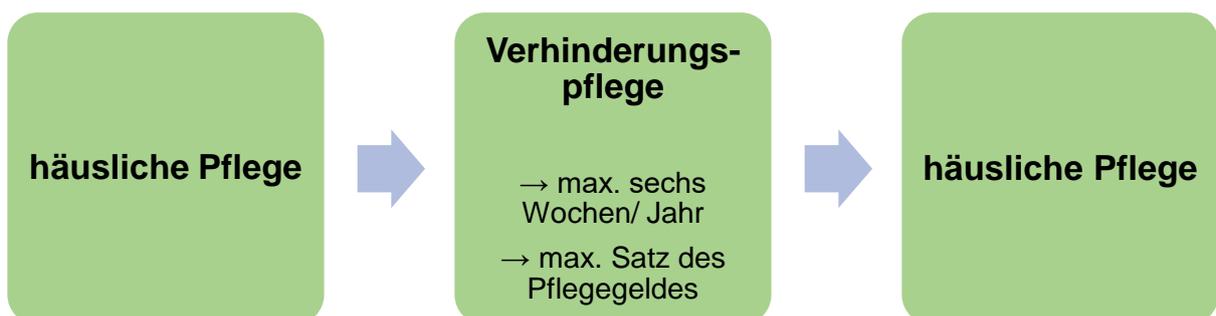


Abbildung 10: Verhinderungspflege durch nahe Angehörige (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 56)

Kombination von Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Die beiden Leistungen Kurzzeit- und Verhinderungspflege können zudem miteinander kombiniert werden. Dabei gibt es zwei verschiedene Varianten.

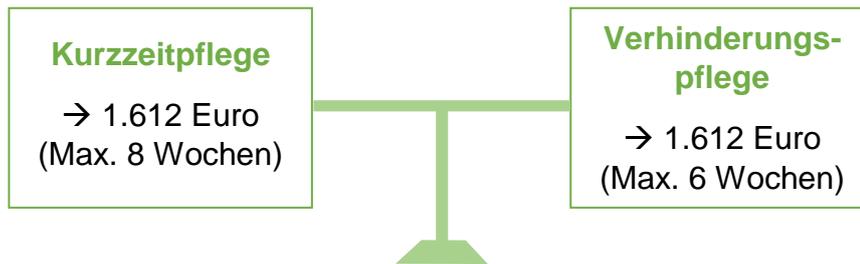
Allgemein:

Abbildung 11: Kombination Kurzzeit- und Verhinderungspflege: Allgemein
(nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 57)

Im Allgemeinen stehen für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege 1.612 Euro im Jahr zur Verfügung. Die Kurzzeitpflege kann dabei für maximal acht und die Verhinderungspflege für maximal sechs Wochen eines Kalenderjahres in Anspruch genommen werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 57).

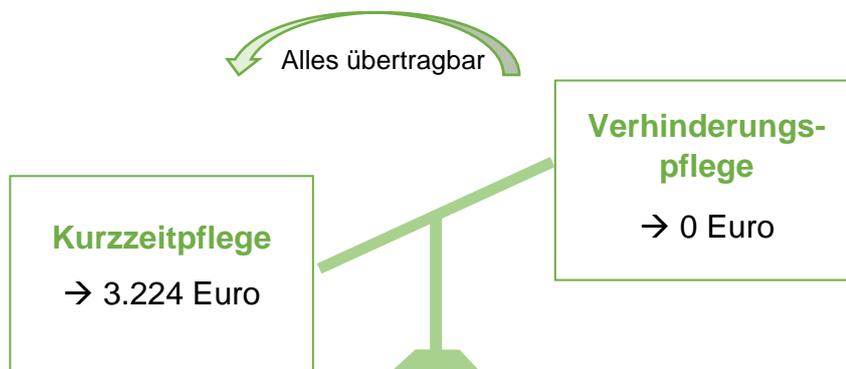
Variante 1: Mehr Kurzzeitpflege

Abbildung 12: Kombination Kurzzeit- und Verhinderungspflege: mehr Kurzzeitpflege
(nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 57)

Von der Verhinderungspflege können alle Leistungen auf die Kurzzeitpflege übertragen werden. Somit ist es möglich für die Kurzzeitpflege 3.224 Euro zu nutzen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 57).

Variante 2: Mehr Verhinderungspflege

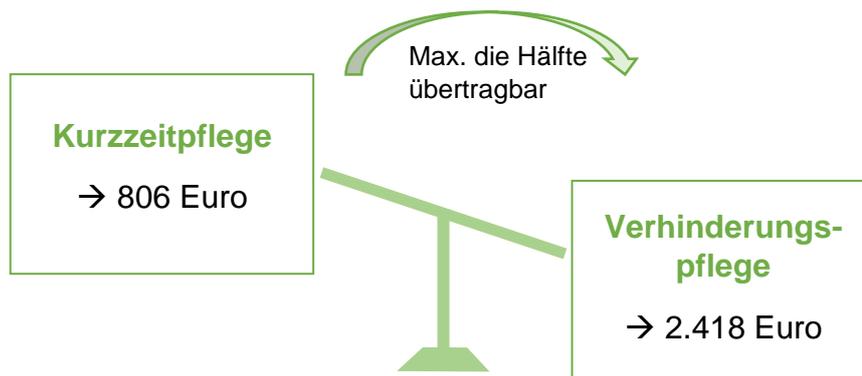


Abbildung 13: Kombination Kurzzeit- und Verhinderungspflege: mehr Verhinderungspflege (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 57)

Von der Kurzzeitpflege können jedoch nur maximal die Hälfte der Leistungen übertragen werden. Für die Verhinderungspflege können demzufolge 2.418 Euro in Anspruch genommen werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 57).

Tages- und Nachtpflege

Pflegebedürftige Personen, die auf Hilfe angewiesen sind, deren Pflegeperson jedoch erwerbstätig ist, haben die Möglichkeit, außerhalb der häuslichen Pflege, von der Tages- und Nachtpflege Gebrauch zu machen. Dabei haben Personen aller Pflegegrade, und zusätzlich an Demenz erkrankte Menschen, das Recht auf Leistungen. Seit 1. Januar 2015 haben Pflegebedürftige zudem die Berechtigung neben dem Pflegegeld bzw. der ambulanten Pflegesachleistung die Leistungen der Tages- und Nachtpflege in vollem Umfang zu beziehen. Die Betreuung der betroffenen Personen, die Pflegekosten, die medizinische Behandlungspflege und der Transport werden dabei von der Pflegekasse bezahlt. Für die Verpflegung müssen die Pflegebedürftigen jedoch selbst aufkommen. Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege reichen von 689 Euro (Pflegegrad 2) bis 1.995 Euro (Pflegegrad 5) (siehe: 4.2 Tab.5, Sachleistung ambulant) (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 64).

Die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf wird durch die Tages- und Nachtpflege außerdem erleichtert (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 64).

4.2 Pflegegeld und Pflegesachleistungen

Pflegebedürftige, die sich von Angehörigen oder ehrenamtlichen Helfern zu Hause pflegen lassen, können Pflegegeld zur Unterstützung beziehen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit neben dem Pflegegeld Pflegesachleistungen zu erhalten. Dabei wird ein ambulanter Pflegedienst zur Entlastung hinzugezogen. Die Geld- und Sachleistung des jeweiligen Pflegegrades sind in Tabelle fünf aufgelistet (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 21 f.).

Tabelle 5: Pflegegrade und die entsprechende Geld- bzw. Sachleistung pro Monat (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 21)

Pflegegrad	Geldleistung (ambulant)	Sachleistung (ambulant)
Pflegegrad 1		
Pflegegrad 2	316 Euro	689 Euro
Pflegegrad 3	545 Euro	1.298 Euro
Pflegegrad 4	728 Euro	1.612 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro	1.995 Euro

Das Pflegegeld wird direkt von der Pflegeversicherung an den Pflegebedürftigen ausgehändigt. Dieser reicht es in der Regel an seine Pflegeperson als Zeichen der Wertschätzung weiter. Weiterhin kann das Pflegegeld mit der Pflegesachleistung verbunden werden. Dabei verringert sich die Höhe des Pflegegeldes um den Wert der Sachleistung, die verwendet wurde. Zudem besteht die Möglichkeit maximal 40% der nicht verwendeten Pflegesachleistungsanteile für Betreuungs- und Entlastungsangebote einzusetzen. Diese unterstützen den Pflegebedürftigen im Alltag bei der Haushaltsführung und der Organisation benötigter Hilfeleistungen. Darüber hinaus werden sie zur Entlastung der pflegenden Angehörigen herangezogen. Der Pflegebedürftige soll dadurch so lange wie möglich in seinem Zuhause eigenständig leben können. Kurzzeit- und Verhinderungspflege oder Tages- und Nachtpflege können beispielsweise als zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistung angesehen und durch die Kasse abgerechnet werden. Ehrenamtliche Helfer, die geeignete Qualifikationen aufweisen, umsorgen hierbei hilfsbedürftige Personen und bieten unter anderem Gruppenangebote an. Der Grundbetrag für Betreuungs- und Entlastungsleistungen beläuft sich auf 104 Euro im Monat, bei erhöhtem

Betreuungsbedarf sogar auf monatlich 208 Euro (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 39 ff.).

Die Pflegesachleistung kann entweder von ambulanten Pflegediensten oder Einzelpflegekräften übernommen werden. Ambulante Pflegedienste erhalten von der Pflegekasse durch einen Versorgungsvertrag eine Berechtigung zur Leistungserbringung. Einzelpflegekräfte sind beispielsweise Altenpfleger, die mit der Pflegekasse eine vertragliche Vereinbarung getroffen haben (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 47).

Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftige haben die Möglichkeit Pflegehilfsmittel in Anspruch zu nehmen. Dabei wird zwischen Verbrauchsmitteln und technischen Hilfsmitteln unterschieden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 44 ff.).

Verbrauchsmittel

- Desinfektionsmittel
- Einmalhandschuhe
- Betteinlagen

technische Hilfsmittel

- Pflegebetten
- Rollstühle
- Hebeegeräte
- Polster für Lager
- Notrufsystem

Für Verbrauchsmittel steht eine Pauschale von 40 Euro im Monat zur Verfügung. Technische Hilfsmittel erfordern einen Eigenanteil von 10%, allerdings maximal 25 Euro pro Hilfsmittel (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 47).

Kurzfristige Arbeitsverhinderung, Pflege- und Familienpflegezeit

Sind pflegende Angehörige berufstätig, sind sie in der Lage einen Antrag auf kurzfristige Arbeitsverhinderung mit zusätzlichem Pflegeunterstützungsgeld zu beantragen. Darunter wird eine Auszeit von bis zu zehn Arbeitstagen verstanden. Diese kommt bei einer plötzlich auftretenden Pflegesituation zum Einsatz, damit sich

Betroffene um die Pflege eines nahen Angehörigen kümmern können. Die Größe des Unternehmens ist unabhängig von der Inanspruchnahme der Auszeit. Das Pflegeunterstützungsgeld, für dessen Antrag eine ärztliche Bescheinigung bei der Pflegekasse vorgelegt werden muss, dient dabei der Finanzierung. Es liegt bei bis zu 90% des Nettoeinkommens und stimmt mit der Berechnung des Kinderkrankengeldes überein (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 39 ff.). Darüber hinaus besteht die Möglichkeit eine Pflegezeit bzw. Familienpflegezeit zu beantragen. Bei der Pflegezeit können Arbeitnehmer, für die Pflege ihrer Angehörigen, teilweise oder vollständig von der Arbeitsleistung befreit werden. Die Freistellung kann bis zu sechs Monate in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme muss dem Arbeitgeber jedoch zehn Arbeitstage vor Antritt der Pflegezeit mitgeteilt werden. Bleibt der Beschäftigte teilweise von der Arbeitsleistung fern, hat er dem Unternehmen seine gewünschte Arbeitszeit anzugeben. Die Pflegezeit kann allerdings ausschließlich bei Unternehmen mit mehr als 15 Beschäftigten genutzt werden (vgl. Linke *et al.*, 2008; Roth, 2015, S. 4 f.). Durch die Familienpflegezeit wird eine Verringerung der Arbeitszeit von bis zu zwei Jahren erreicht, wobei die wöchentliche Mindestarbeitszeit jedoch 15 Stunden beträgt. Dadurch haben Beschäftigte die Möglichkeit sich um die Betreuung ihrer Angehörigen zu sorgen. Die Inanspruchnahme muss dem Arbeitgeber acht Wochen vor Beginn mitgeteilt werden und auch die Nutzung der Familienpflegezeit schreibt eine Mindestanzahl an Beschäftigten von 25 Personen vor. Die Pflegezeit und die Familienpflegezeit können außerdem kombiniert werden, wobei sich die maximalen Freistellungen auf zwei Jahre belaufen und sie fließend ineinander übergehen müssen. Des Weiteren haben Berufstätige einen Rechtsanspruch auf eine vollständige oder teilweise Arbeitsbefreiung von bis zu drei Monaten, um ihre nahen Angehörigen auf deren letzten Lebensabschnitt zu unterstützen. Im Laufe der Familienpflegezeit und der Pflegezeit können Betroffene beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) ein zinsloses Darlehen beantragen, um ihren Verdienstaufschlag zu kompensieren. Die Höhe des Darlehens wird durch die Höhe des fehlenden Gehaltes bestimmt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 39 ff.; Roth, 2015, S. 4 f.).

Im Folgenden werden die kurzfristige Arbeitsverhinderung sowie die Pflege- und Familienpflegezeit zusammengefasst dargestellt:

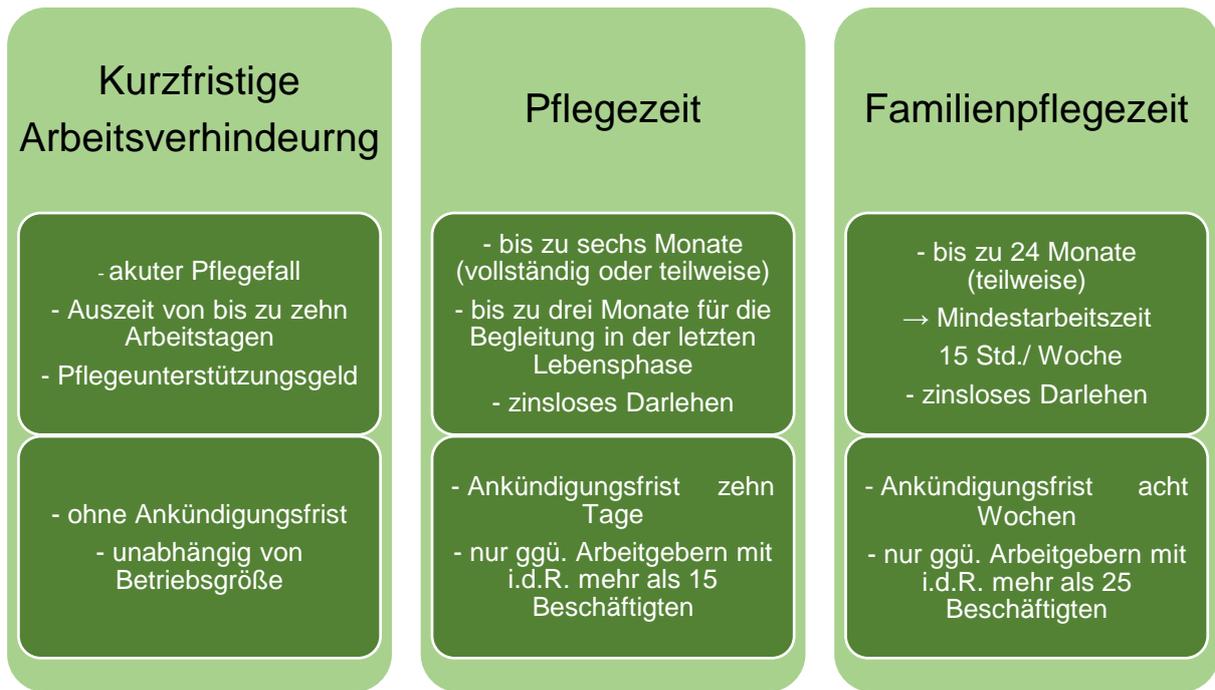


Abbildung 14: kurzfristige Arbeitsverhinderung, Pflege- und Familienpflegezeit (nach Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S. 42)

4.3 Informationszugang

„Patienten, die das Gefühl haben, mangelhaft informiert zu sein oder zu wenig Informationen zu erhalten, sind unzufriedener mit ihrer Versorgung und ihrer Situation, unsicherer, fühlen sich schlechter, sind eher depressiv und ängstlich und neigen eher zu «ungünstigen» Entscheidungen. Fehlende Information ist eng verbunden mit dem Empfinden mangelhafter Unterstützung.“ (Gaisser, 2004: 29)

Pflegenden Angehörigen stehen unterschiedliche Möglichkeiten zur Informationsgewinnung zur Verfügung. Der Informationszugang kann zum einen persönlich oder telefonisch erfolgen, zum anderen auch über das Internet.

Das Internet wird immer häufiger für die Suche nach Entlastungs- und Unterstützungsangeboten genutzt und ist für einzelne Zielgruppen schon jetzt die wichtigste Informationsquelle. Für pflegende Angehörige dient das Internet oftmals als Erstinformationsmedium, da zu jeder Zeit recherchiert werden kann, und auch für viele Berufstätige, für die eine persönliche Beratung schwer zu erreichen ist, ist das Internet von großer Bedeutung. Notwendige Informationen sollten indes leicht zugänglich sein und pflegende Angehörige schnell und geradewegs zu den für sie relevanten Seiten geführt werden. Dabei sollte die Menüführung dementsprechend verständlich sein,

dass auch Personen mit geringen Internetkenntnissen keine Probleme haben die für sie wichtigen Informationen zu erlangen (vgl. Czaja und Schumann, 2015, S.44 ff.).

Ein Großteil der pflegenden Angehörigen nutzt die telefonische Beratung, bei der eine gegenseitige Kommunikation stattfindet, als Informationszugang. Gründe sind der geringe Aufwand und die Möglichkeit zur Anonymität (vgl. Bergmann *et al.*, 1998). Gut 2/3 der Ratsuchenden bezeichnen das Telefon als Kontaktmittel ihrer Wahl, da es zu jeder Zeit verfügbar ist. Ziel der telefonischen Beratung ist es in schwierigen und belastenden Situationen schnell und einfach zur Verfügung zu stehen und Hilfe zu leisten (vgl. Hüdepohl, 2008).

Persönliche Beratung erfahren Angehörige und Pflegebedürftige beispielsweise durch einen Pflegestützpunkt (siehe 5.4) oder die jeweilige Pflegekasse. Dabei hat jeder Pflegebedürftige das Recht auf eine umfangreiche Unterstützung bei der Wahl und Beanspruchung von Hilfe- und Pflegeleistungen. Geeignete Pflegeberater, Pflegeberaterinnen oder sonstige Beratungsstellen werden dem Anspruchsberechtigten von seiner jeweiligen Pflegekasse vorgeschlagen (vgl. Sozialgesetzbuch, 2017b).

Der GKV Spitzenverband hat mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz einheitliche und verbindliche Richtlinien zur Gestaltung der Pflegeberatung erwirkt, in denen Inhalt und Ausführung bundesweit übereinstimmend erfolgen sollen. Dadurch soll der Zugang zu Unterstützungsleistungen verbessert und für Jedermann gleichermaßen ermöglicht werden. Des Weiteren soll die Beratung in erster Linie von Pflegefachkräften, Sozialversicherungsfachangestellten oder Sozialarbeitern mit erforderlichen Weiterbildungen ausgeführt werden (vgl. GKV Spitzenverband, 2018).

4.4 Pflegestützpunkte

Pflegestützpunkte (PSP) beraten pflegende Angehörige kostenlos rund um das Thema Pflege und können sowohl von gesetzlich als auch von privat Versicherten in Anspruch genommen werden. Träger der PSP sind die Pflege- und Krankenkassen, die Landkreise, die kreisfreien Städte und die Bezirke. Mit der Allgemeinverfügung vom 22. Oktober 2009 wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung die Gründung von bis zu 60 Pflegestützpunkten in Bayern angeordnet (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, o.J.). Diese sollen das

Versorgungsproblem älterer und hilfsbedürftiger Menschen lösen, indem sie so nah wie möglich an deren Wohnort ein umfassendes Beratungs- und Unterstützungsangebot anbieten und somit die Transparenz, Vernetzung und Koordination der Angebote verbessern (vgl. Tebest *et al.*, 2017). Das Versorgungsproblem kennzeichnet sich durch eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung aus. Anhand der Pflegestützpunkte sollen alle relevanten Beratungsangebote unter einem Dach vereint werden (vgl. Tebest *et al.*, 2015).

Für Pflegebedürftige und vor allem deren Angehörige sind Informationen und eine umfassende Beratung sehr wichtig – insbesondere am Anfang einer neu auftretenden Pflegesituation und vor Zuordnung zu einem Pflegegrad, aber auch bereits bei einem bestehenden Pflegebedarf. Mit den Pflegestützpunkten wurde ein Konzept entwickelt, das dem Bedarf der Bevölkerung entgegenkommen soll. Die Umsetzung hängt jedoch von den einzelnen Bundesländern ab, weswegen sich unterschiedliche Herangehensweisen ergeben (vgl. Döhner *et al.*, 2011, S.15).

Die Aufgaben der Pflegestützpunkte sind u.a. (vgl. Sozialgesetzbuch, 2017c):

- eine umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung,
- die Koordinierung aller in Betracht kommenden Hilfs- und Unterstützungsangebote, einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen und
- die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

Das Ziel der Pflegestützpunkte ist es eine flächendeckende Infrastruktur zur Pflegeberatung herzustellen und zudem hilfsbedürftige Personen und deren Angehörige bei der Koordination der pflegerischen Aufgaben zu unterstützen und zu entlasten. Darüber hinaus können Pflegestützpunkte zur Verbesserung des Versorgungssystems beitragen und – obwohl der Pflegebedarf permanent wächst – auch langfristig eine Unterstützung sicherstellen (vgl. Döhner *et al.*, 2011, S. 16 f.).

4.5 Professionelle Planung und Unterstützung

Pflegebedürftigkeit ist für die meisten Betroffenen und deren Angehörigen kein Kinderspiel. Die Pflegeberatung unterstützt daher alle Bedürftigen und trägt zur Entlastung dieser bei. So hilft sie beispielsweise beim Orientieren im Paragraphen-Dschungel und ermöglicht es Fehler in der Pflege zu verhindern (vgl. Palesch, 2012, S. 14).

Die Relevanz zur Entlastung pflegender Angehöriger nimmt signifikant zu. Eine gute Entscheidungsfindung zum Versorgungsablauf der Pflegebedürftigen setzt entsprechend informierte Angehörige voraus. Die Aufklärungs- und Informationspflicht wurde mit Einführung der im Jahr 2009 gesetzlich festgelegten Pflegeberatung erreicht. Deren Umsetzung entwickelte sich jedoch nicht überall gleich. Die Bedeutung einer umfangreichen Beratung lässt sich vor allem dann erkennen, wenn Leistungsbereiche mehrerer Sozialgesetzbücher zur individuellen Problemlösung herangezogen werden müssen. Aufgrund mangelnder Informationen werden häufig vermeidbare und verfrühte Heimeinweisungen in Kauf genommen. Zudem werden professionelle Dienstleister zur Unterstützung sehr spät mit einbezogen und teilstationäre Angebote, wie etwa eine Tagespflege, nur selten in Anspruch genommen (vgl. Nickel *et al.*, 2012, S. 799). Die Pflegeberatung hat daher eine bedeutende Rolle in Deutschland (vgl. Palesch, 2012, S. 14 ff.). Seit 2009 hat jeder Versicherte die Möglichkeit eine professionelle kostenlose Beratung in Anspruch zu nehmen, welche sich größtenteils in Pflegestützpunkten abspielt (vgl. Nickel *et al.*, 2012, S. 799).

Die Informationsbedürfnisse der Ratsuchenden beziehen sich hauptsächlich auf das Versorgungssystem, Informationen zu individuellen Zugangsmöglichkeiten zum Versorgungssystem, Informationen zu regionalen Dienstleistern und auf situations- und krankheitsspezifische Fragen (vgl. Nickel *et al.*, 2012, S. 800). Mit spezieller Pflegeberatung können zum einen die Kosten verringert und zum anderen die Wünsche und Bedürfnisse des Betroffenen verwirklicht werden. Des Weiteren ist es Aufgabe der Pflegeberatung die Gesundheitskosten nachhaltig zu reduzieren. Dazu zählen unter anderem auch die Kosten, die durch Vorbeugung einer Überlastung von pflegenden Angehörigen verhindert werden können (vgl. Palesch, 2012, S. 12 ff.).

Tritt eine Pflegebedürftigkeit auf, kommt es bei allen Beteiligten aufgrund der vielen Unterstützungsangebote, der verschiedenen Begriffe, der gesetzlichen Regelungen

sowie der notwendigen Hilfsmittel, zu einer großen Menge an Fragen. Die Inanspruchnahme einer Pflegeberatung bietet daher eine große Hilfe.

Grundsätzlich gilt, dass die meisten Menschen gern dazu bereit sind sich um einen hilfsbedürftigen Angehörigen zu kümmern. Allerdings müssen die Möglichkeiten dazu weiterentwickelt und verbessert werden (Palesch, 2012, S. 14 ff.).

5 Methodik

Für die wissenschaftliche Arbeitsweise wurde im Vorfeld eine ausgiebige Recherche rund um das Themengebiet Pflege und die daraus entstehenden Belastungen durchgeführt. Dabei wurde unter anderem Pubmed als wissenschaftliche Quelle herangezogen. Um vorhandene Literatur mit der aktuellen Situation von pflegenden Angehörigen zu vergleichen, wurde diesbezüglich ein Fragebogen im Rahmen eines standardisierten Interviews entworfen. Dafür wurde das Online-Tool „Umfrage Online“ verwendet, welches umfassende Features und eine unlimitierte Anzahl an Fragen und Antworten bietet.

Bei einem standardisierten Interview ist die Reihenfolge der Fragen klar festgelegt. Ziel ist es gleiche Voraussetzungen für alle Befragten zu schaffen. Dies ist von Bedeutung, da die Ergebnisse aller Befragten miteinander verglichen werden und anhand der Standardisierung somit eine Vergleichbarkeit in großem Maße garantiert werden kann. Zudem sollen verschiedene Meinungen nicht auf unterschiedliche Bedingungen zurückzuführen sein. Identische Bedingungen werden durch eine standardisierte Durchführung des Interviews und Neutralität gegenüber den Befragten erreicht. Die Art der Durchführung ist dabei unabhängig vom Erhebungsmodus (persönlich, telefonisch, computergestützt) (vgl. Prüfer und Stiegler, 2002). Das Mitteilungsverhalten des Befragten ist jedoch, aufgrund des hohen Anteils an geschlossenen Fragen mit Antwortvorgaben, eingeschränkt (vgl. Aghamanoukjan *et al.*, 2009).

Der Fragebogen besteht aus insgesamt 20 Fragen, die zuerst einen Überblick über die Pflegeperson und den jeweiligen Pflegeaufwand schaffen. Anschließend wird nach der Belastungssituation der pflegenden Angehörigen und bereits genutzter Unterstützungsangebote sowie gewünschter Entlastungsmöglichkeiten gefragt. Der Fragebogen wurde daher in die vier Bereiche „Angaben zur Pflegeperson“, „Pflegeaufwand“, „Belastungssituation der Pflegeperson“ und „Unterstützungsangebote“ eingeteilt.

Zur Unterstützung und Durchführung der Umfrage konnte der bundesweite Pflegestützpunkt ‚Pflegehilfe‘ gewonnen werden. Der Verband ‚Pflegehilfe‘ unterstützt Antragsteller bei der Suche nach passenden Pflegeanbietern und Unterstützungsangeboten für Senioren. Geschulte Berater beraten diese kostenlos in persönlichen Gesprächen und schlagen passende Angebote vor, die auf den individuellen Bedarf zugeschnitten sind. Der Verband Pflegehilfe erreicht mit seinem Newsletter ca. 60.000 Haushalte. Die Kooperation mit dem Pflegestützpunkt und die Einbindung des Fragebogens in den Newsletter bieten daher die Möglichkeit viele pflegende Angehörige zu erfassen und damit eine große Anzahl an Ergebnissen zu generieren.

Die Durchführung des Fragebogens erfolgte vom 03. September 2018 bis 30. September 2018 in Form einer anonymisierten Online-Umfrage. Anhand eines Online-Links, der in den Newsletter des Pflegestützpunktes eingebunden war, wurden die entsprechenden Personen auf die Plattform des Fragebogens weitergeleitet und konnten diesen ausfüllen.

Nach Beendigung der Umfrage lag der Rücklauf bei 113 Personen. Die Ergebnisse wurden mithilfe von Excel ausgewertet. Aufgrund der Rundungen der Ergebniswerte und der Möglichkeit mehrere Antworten gleichzeitig auszuwählen, haben sich teilweise Abweichungen ergeben, die zu einer Summe von über oder unter 100 Prozent führten.

6 Ergebnisdarstellung

An der Umfrage „Belastungen pflegender Angehöriger und die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“ haben insgesamt 113 Personen teilgenommen. Davon haben 86 Teilnehmer den Fragebogen bis zum Ende ausgefüllt, weswegen lediglich die Ergebnisse dieser Personen ausgewertet werden. Des Weiteren variiert die Anzahl der Teilnehmer je einzelner Frage, weshalb im Folgenden die Teilnehmerzahl für jede Frage dargestellt wird.

Angaben zur Pflegeperson

Geschlecht und Alter (Teilnehmer: 84)

Von insgesamt 84 Teilnehmern waren 88 Prozent weiblich. Im Hinblick auf die Altersverteilung stellen die größte Gruppe mit 56% die 50- bis 65- Jährigen dar. 30% sind älter als 65 Jahre und 14% sind zwischen 18 und 49 Jahre alt.

Tabelle 6: Alter und Geschlecht der Pflegepersonen

Alter	18 - 49	14%
	50 - 65	56%
	66 +	30%
Geschlecht	Weiblich	88%
	Männlich	12%

Region/ Bundesland (Teilnehmer: 84)

Hinsichtlich der Bundesländer leben die meisten pflegenden Angehörigen mit 17,86% in Nordrhein-Westfalen, gefolgt von Bayern mit 13,10% und Baden-Württemberg mit 11,90%. Saarland, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern sind mit jeweils nur 1,20% am wenigsten vertreten. Die Zahl der pflegenden Angehörigen in den restlichen Bundesländern liegt zwischen 2,40% und 10,70%.

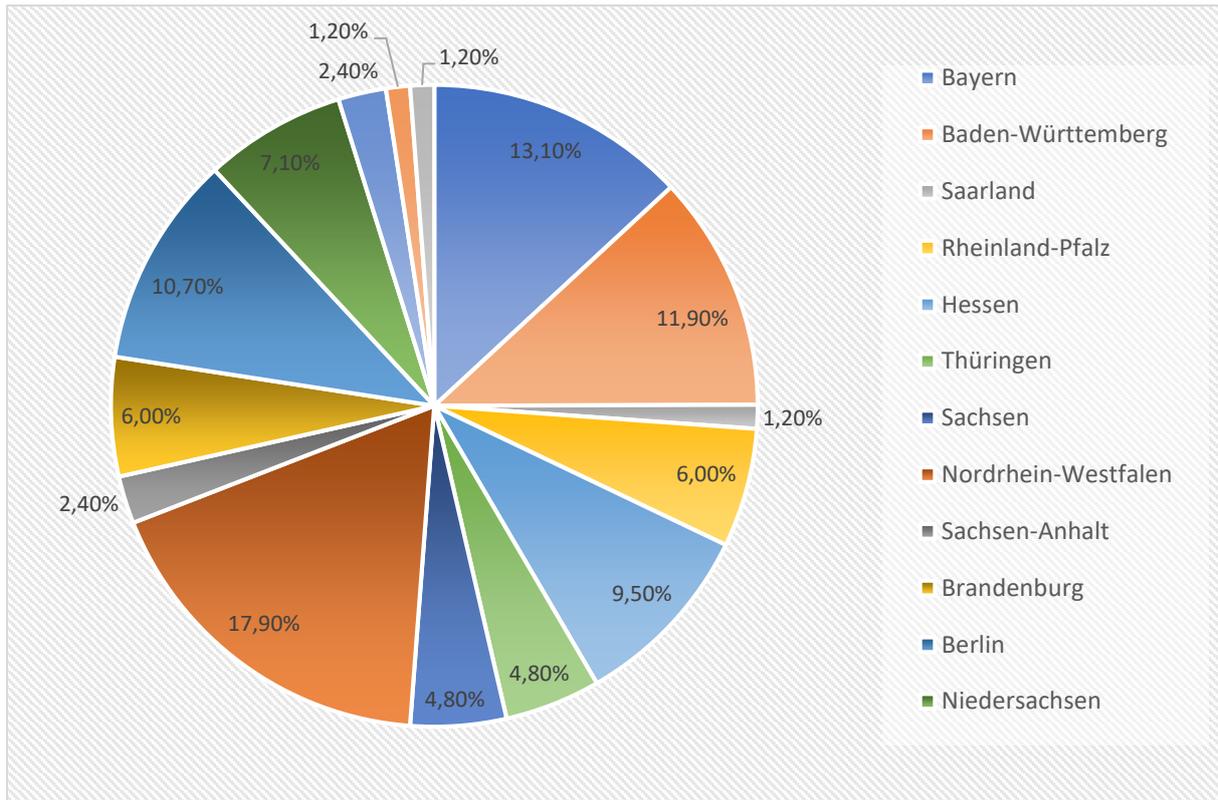


Abbildung 15: Bundesländer der Pflegepersonen

Beschäftigungsverhältnis (Teilnehmer: 83)

Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gewinnt immer weiter an Bedeutung, da pflegende Angehörige zunehmend erwerbstätig sind. In dieser Umfrage geben fast die Hälfte der Befragten an vollzeit- oder teilzeitbeschäftigt zu sein. Dem entgegengestellt gehen etwa 45% keiner Beschäftigung nach und nur sehr Wenige sind geringfügig beschäftigt.

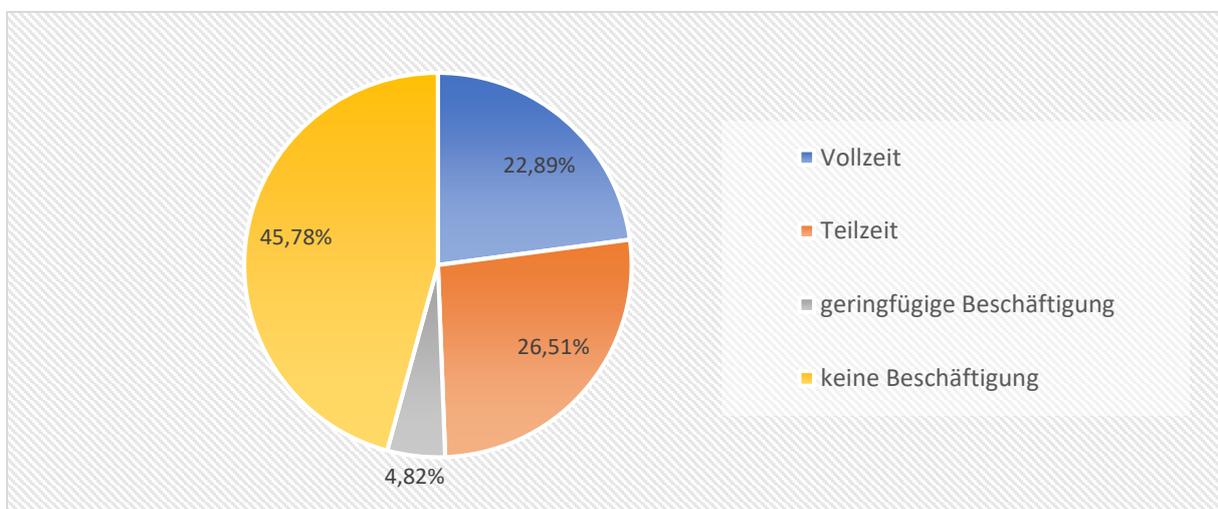


Abbildung 16: Beschäftigungsverhältnis der Pflegepersonen

Arbeitszeit (Teilnehmer: 50)

Die Arbeitszeit der Pflegepersonen teilt sich fast zur Hälfte in eine flexible, selbst planbare Arbeitszeit und zur Hälfte in eine unflexible Arbeitszeit. Ein geringer Teil von 10% der pflegenden Angehörigen muss schichtweise arbeiten und nur 2% können ihre Arbeit von zu Hause ausführen.

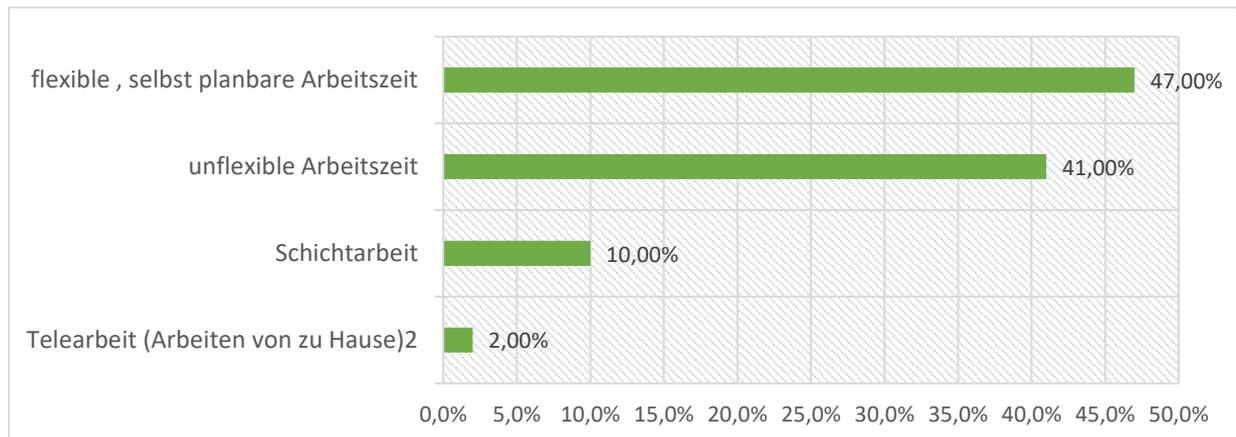


Abbildung 17: Arbeitszeit der Pflegepersonen

Pflegeaufwand

Beziehung zur pflegebedürftigen Person/ Wer wird gepflegt (Teilnehmer: 84)

Die meisten pflegenden Angehörigen kümmern sich um ihren Vater bzw. ihre Mutter (46,40%) oder um den Ehe- bzw. Lebenspartner (40,50%). Die Zahl der Pflegepersonen, die ein pflegebedürftiges Kind versorgen, ist mit etwa sieben Prozent dagegen eher gering. Um ein Elternteil des Partners kümmern sich knapp fünf Prozent und um andere Verwandte 2,50% der pflegenden Angehörigen. Des Weiteren geben manche Befragte an beide Elternteile oder die Großmutter zu pflegen.

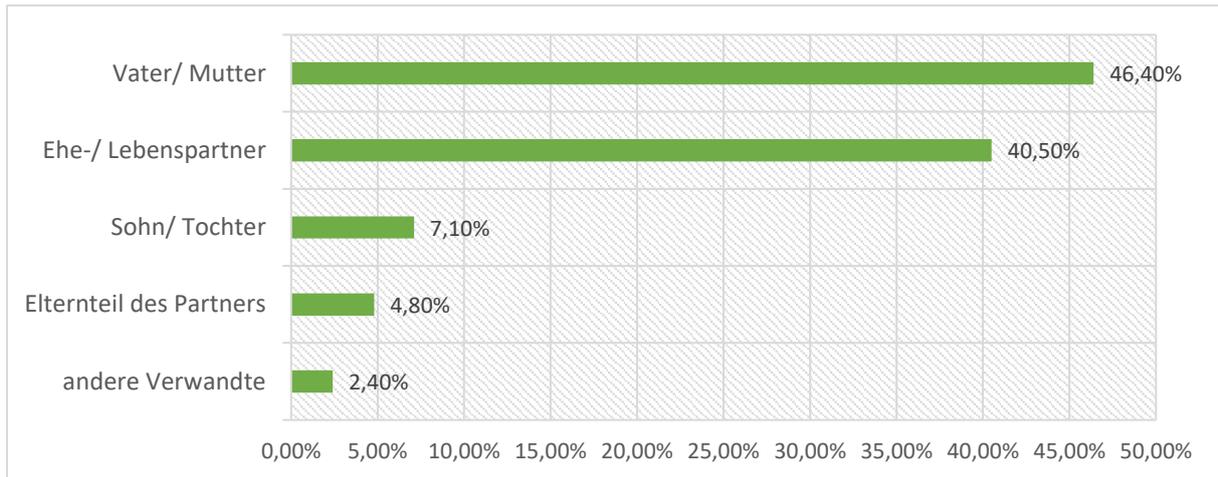


Abbildung 18: Beziehung zur pflegebedürftigen Person/ Wer wird gepflegt

Pflegegrad der zu pflegenden Person (Teilnehmer: 82)

Der Pflegegrad der meisten Pflegebedürftigen ist mit fast 32% Pflegegrad 3, gefolgt von Pflegegrad 4 mit ca. 27% und Pflegegrad 2 mit 22%. Pflegegrad 5 hat in etwa jeder sechste der pflegebedürftigen Personen und keinen Pflegegrad sowie Pflegegrad 1 haben nur sehr Wenige.

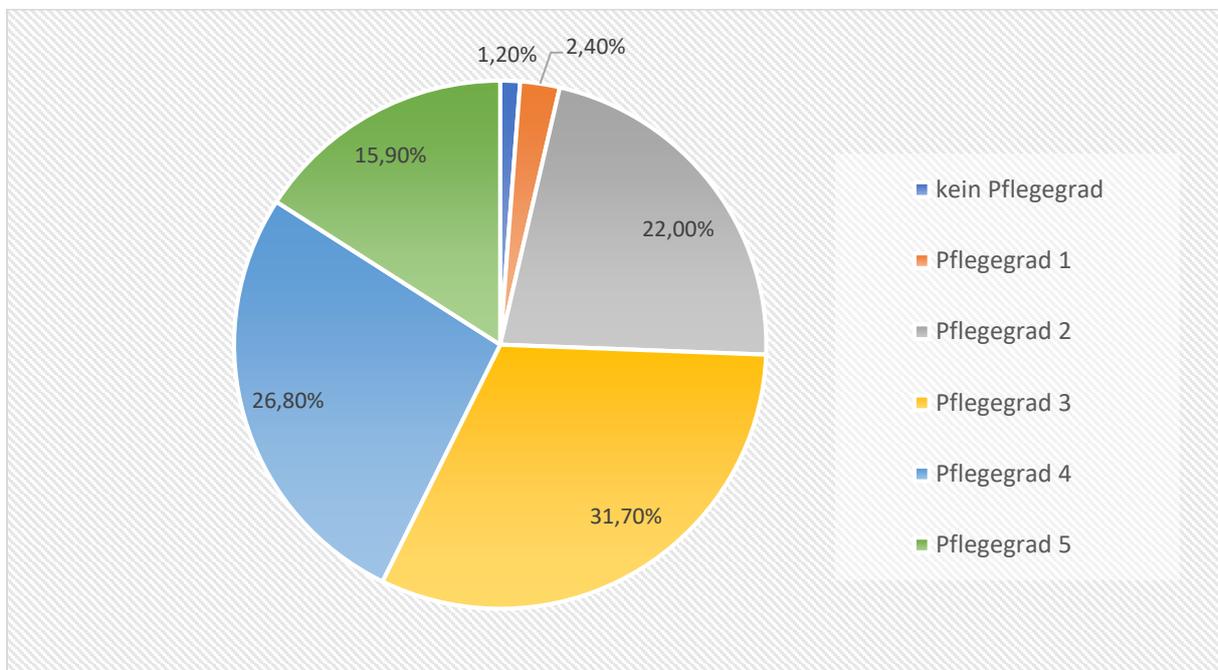


Abbildung 19: Pflegegrad der zu pflegenden Person

Unterstützung bei der Pflege/ Aufteilung der Pflege (Teilnehmer: 84)

Mehr als die Hälfte der pflegenden Angehörigen lässt sich von professionellen Pflegekräften, die ins Haus kommen, bei der Pflege unterstützen. Gut 20% teilt sich die Pflege mit anderen Angehörigen und ca. 11% mit professionellen Einrichtungen. Mehr als ein Drittel versorgen einen pflegebedürftigen Angehörigen allein und ohne fremde Hilfe.

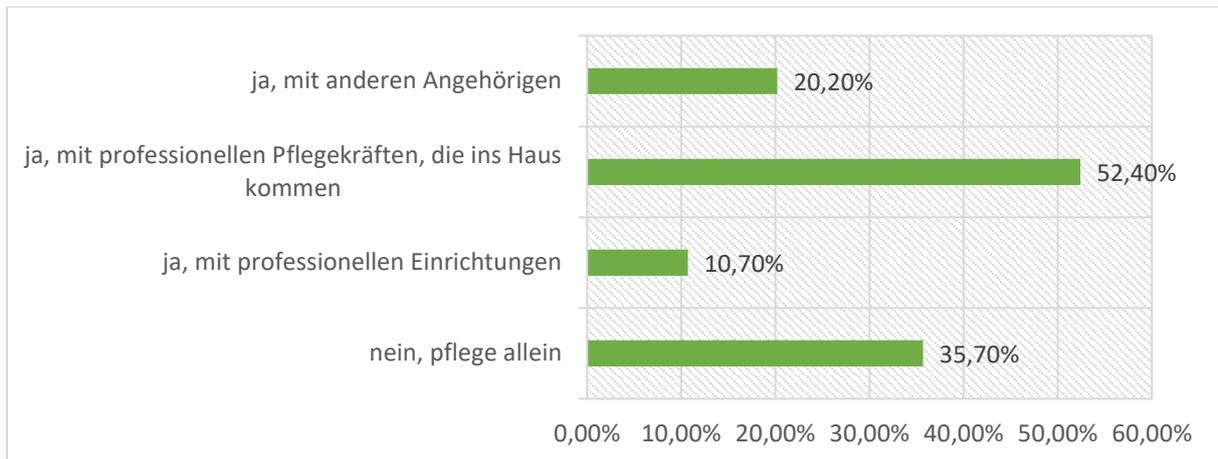


Abbildung 20: Unterstützung bei der Pflege/ Aufteilung der Pflege

Wohnort der pflegebedürftigen Person (Teilnehmer: 85)

Von den Pflegebedürftigen, die von ihren Angehörigen versorgt werden, leben mehr als die Hälfte in einem eigenen Haushalt – 41% werden im Haushalt ihrer Pflegeperson gepflegt.

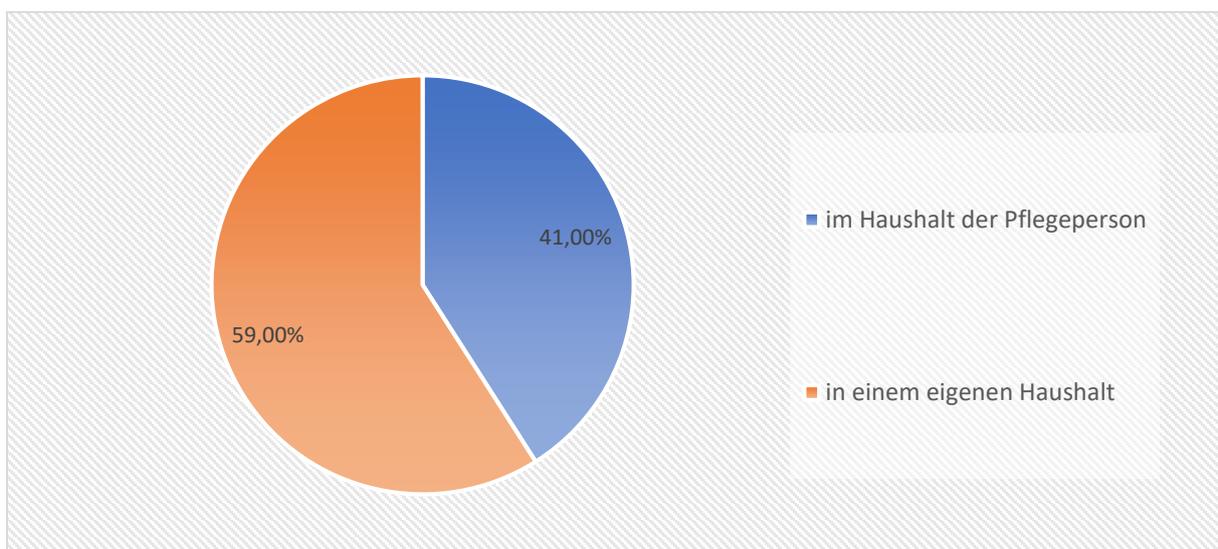


Abbildung 21: Wohnort der pflegebedürftigen Person

Aktuelle Pflegesituation (Teilnehmer: 80)

Etwa zwei Drittel der Befragten versorgen ihren pflegbedürftigen Angehörigen seit drei Jahren oder weniger. Darüber hinaus pflegen elf der 80 Teilnehmer ihren Angehörigen seit mindestens zehn Jahren. Die Jahre vier bis neun geben insgesamt etwa 24% der Befragten als Pflegezeitraum an.

Tabelle 7: Der Pflegezeitraum eines Angehörigen in Jahren

1 bis 3	62,5%
4 bis 6	16,25%
7 bis 9	7,5%
≥ 10	13,75%

Der Großteil der Pflegepersonen verbringt bis zu 20 Stunden in der Woche mit der Pflege – ein Drittel der Befragten sogar mehr als 40 Stunden in der Woche. Ein Viertel der Angehörigen kümmert sich zwischen 21 und 40 Stunden in der Woche um einen hilfsbedürftigen Verwandten.

Tabelle 8: Durchschnittlicher Zeitaufwand für die Pflege (Stunden pro Woche)

Stunden pro Woche	
1 bis 20	42%
21 bis 40	25%
> 40	33%

Belastungssituation der Pflegeperson

Bewertung des Gesundheitszustandes (Teilnehmer: 83)

Bei der Frage nach dem Gesundheitszustand bewerten diesen mehr als die Hälfte der Pflegepersonen (54,20%) als zufriedenstellend. Über ein Drittel (37%) empfinden ihren Gesundheitszustand als weniger gut bzw. schlecht und nur 8,40% als sehr gut bzw. gut.

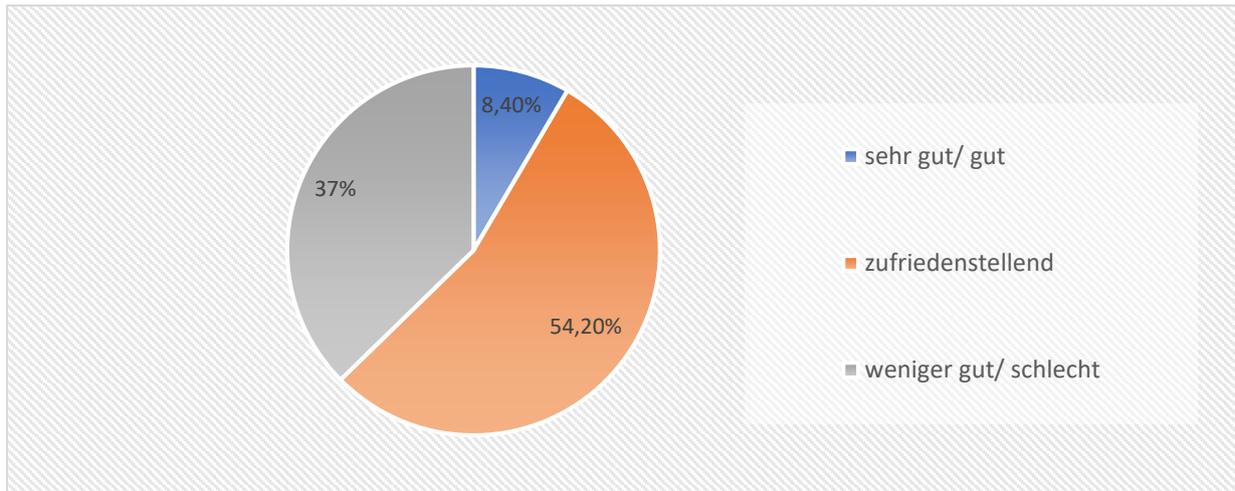


Abbildung 22: Gesundheitszustand der Pflegepersonen

Gesundheitsindikatoren (Teilnehmer: 84)

Mehr als zwei Drittel der pflegenden Angehörigen sind häufig und sogar sehr häufig von körperlichen Schmerzen, wie beispielsweise Rücken-, Kopf- oder Magenschmerzen, betroffen. Lediglich 6,02% haben nur selten körperliche Beschwerden. Zudem klagen mehr als ein Drittel der Pflegepersonen sehr häufig bzw. häufig über gesundheitliche Einschränkungen. Keine Einschränkungen der Gesundheit, aufgrund der Pflgetätigkeiten, haben dagegen nur 2,60% und 15,58% erfahren diese nur selten. Darüber hinaus gibt die Mehrheit der pflegenden Angehörigen an sowohl sehr häufig als auch häufig starken seelischen Belastungen ausgesetzt zu sein – selten bzw. nie davon betroffen sind nur ein Bruchteil der Pflegepersonen.

Des Weiteren werden beispielsweise Bluthochdruck, Herzprobleme, Tinnitus, Schlafstörungen und „viel Heulerei“ als Gesundheitsindikatoren von den Pflegepersonen aufgeführt.

Tabelle 9: Gesundheitsindikatoren der Pflegepersonen

	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie
Körperliche Schmerzen (Rücken-, Kopf-, Magenschmerzen, ...)	26,51%	40,96%	26,51%	6,02%	-
Gesundheitliche Einschränkungen	12,99%	25,97%	42,86%	15,58%	2,60%
Starke seelische Belastung	41,98%	41,98%	12,35%	2,47%	1,23%

Pflege als Dauerbelastung (Teilnehmer: 84)

Die Pflege eines Angehörigen ist für viele Pflegepersonen eine Dauerbelastung. 81% der pflegenden Angehörigen fühlen sich oft körperlich erschöpft und drei Viertel der Pflegepersonen kostet die Pflege viel von ihrer eigenen Kraft. Zudem ziehen sich mehr als die Hälfte aufgrund der Pflege aus ihrem sozialen Umfeld zurück und bei 56% wird die eigene Gesundheit angegriffen. Darüber hinaus fühlen sich 34,50% im Berufsalltag weniger leistungsfähig und haben Konzentrationsschwächen.

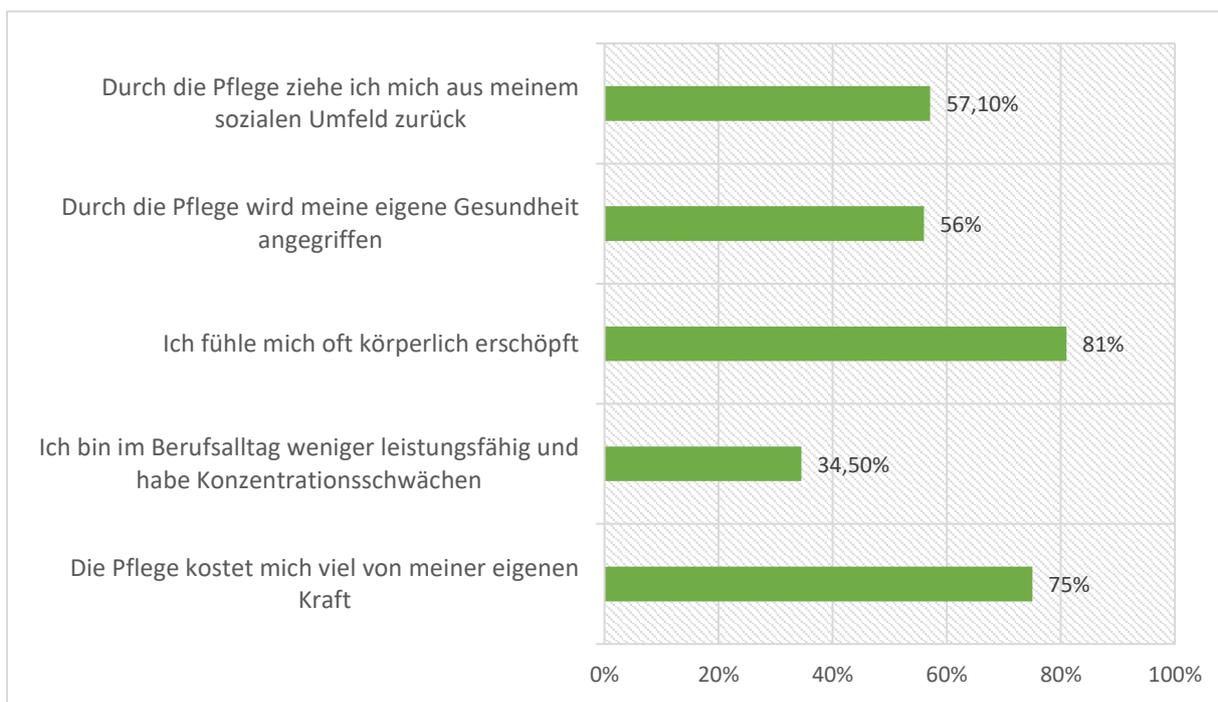


Abbildung 23: Pflege als Dauerbelastung

Erholungspausen und Schlaf (Teilnehmer: 84)

Bei der Frage nach genügend Erholungspausen und ausreichend Schlaf geben fast 80% an sich nur manchmal bis nie von der Pflege erholen zu können. Auch die Schlafqualität wird von den Meisten häufig bzw. sehr häufig beeinflusst – bei nur einem Einzigen der Befragten wird die Schlafqualität nie gestört.

Tabelle 10: Erholungspausen und Schlaf

	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie
Ich kann mich ausreichend von der Pflege erholen	2,47%	20,99%	38,27%	34,57%	3,70%
Durch die Pflege wird meine Schlafqualität beeinflusst	28,92%	44,58%	15,66%	9,64%	1,20%

Unterstützungsangebote

Unterstützungsangebote/ Entlastungsmöglichkeiten, die genutzt werden (Teilnehmer: 78)

Heutzutage gibt es eine große Anzahl an Unterstützungsmöglichkeiten, die von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen genutzt werden können. Ein Beispiel dafür ist der ambulante Pflegedienst, welchen auch beinahe zwei Drittel der Befragten in Anspruch nehmen. Des Weiteren geben sowohl etwa ein Drittel der Teilnehmer an das Angebot an Pflegehilfsmitteln und Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen zu nutzen als auch Kurzzeit- und Verhinderungspflege und einen Hausnotruf zu verwenden. Schulungen/ Pflegekurse und Familienpflegezeit werden dagegen jeweils von nur 2,60% als Entlastungsmöglichkeit herangezogen und auch eine professionelle Pflegeberatung wird circa nur von jedem achten beansprucht.

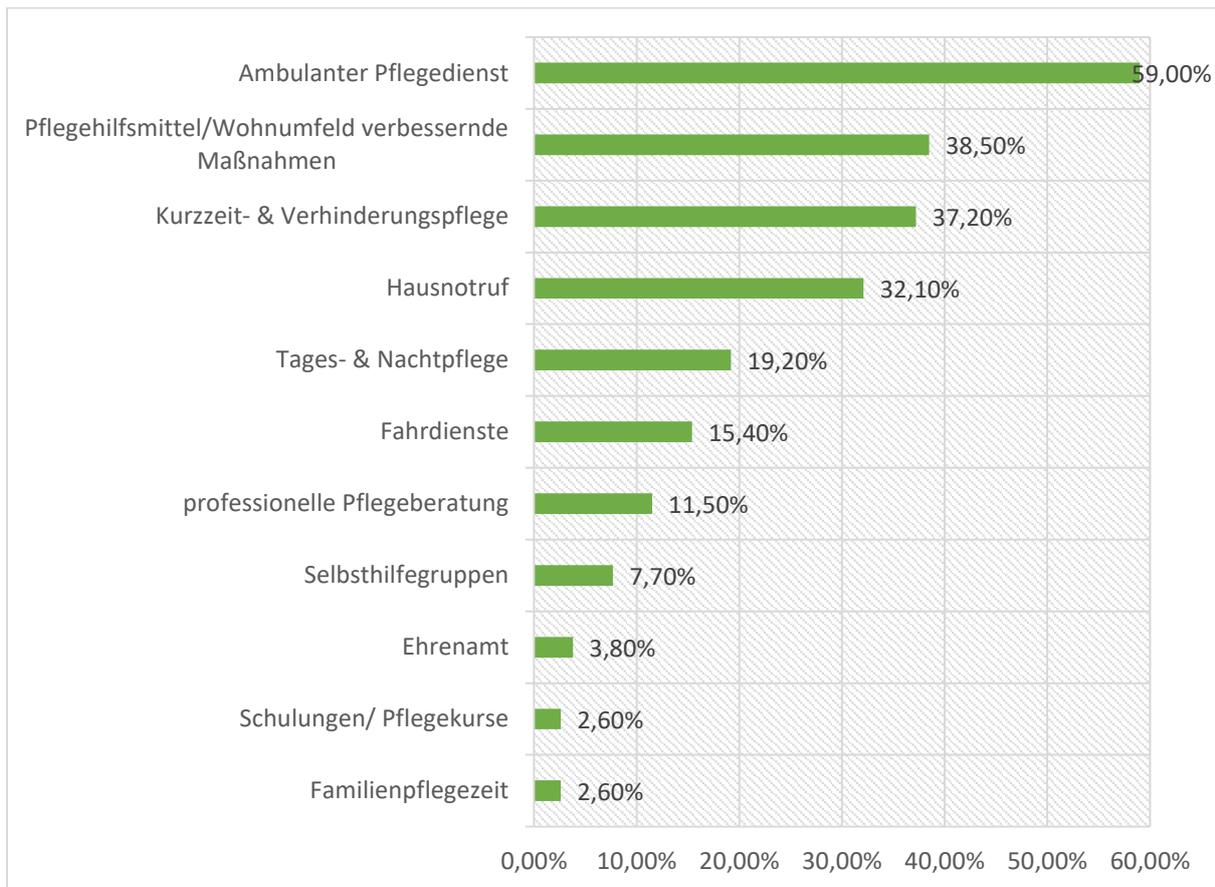


Abbildung 24: Unterstützungsangebote/ Entlastungsmöglichkeiten, die von den Pflegepersonen genutzt werden

Warum keine bzw. nur selten Unterstützungsangebote wahrgenommen werden (Teilnehmer: 73)

Trotz vorhandener Unterstützungsangebote werden diese jedoch oft nicht wahrgenommen. Dies hat verschiedene Gründe als Ursache. So wollen beispielsweise fast die Hälfte der Pflegebedürftigen nicht von einer fremden Person gepflegt werden. Des Weiteren klagen mehr als ein Drittel der Befragten über einen zu hohen organisatorischen Aufwand und das Nichtvorhandensein geeigneter Angebote. Fast ein Viertel der pflegenden Angehörigen hat zudem Probleme bei der Finanzierung oder schlechte Erfahrungen gesammelt. Kein Interesse besteht dagegen bei nur einem der 73 Teilnehmer.

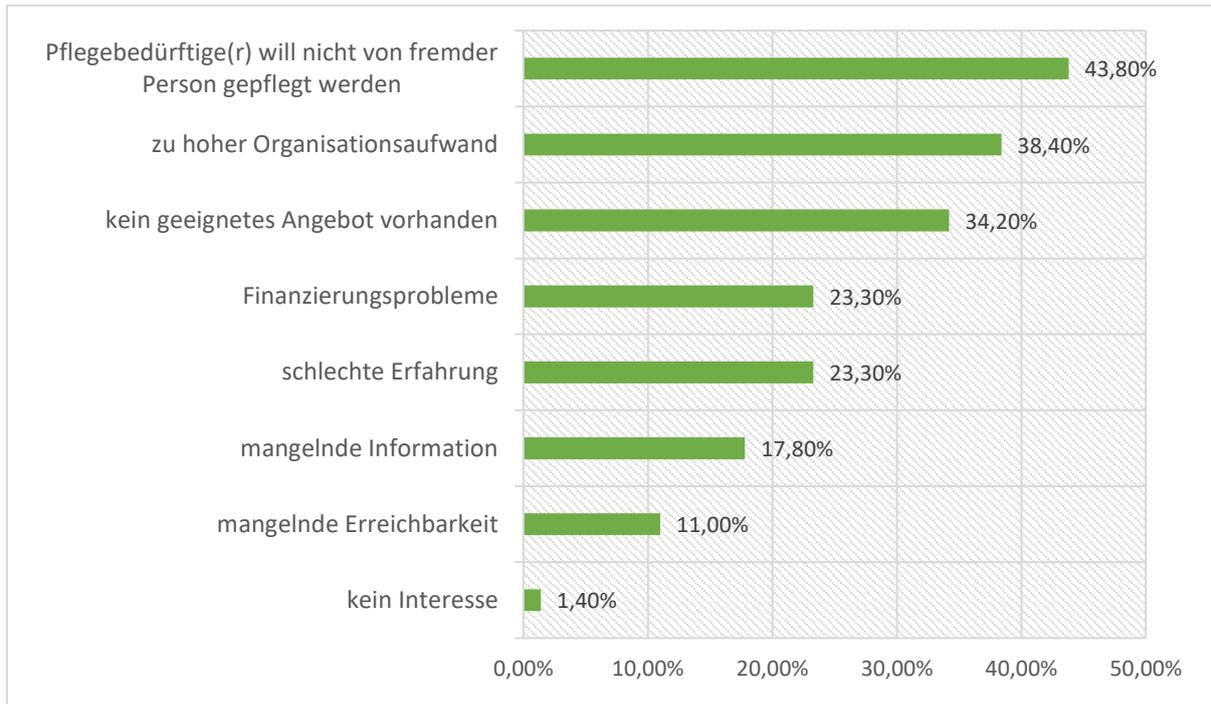


Abbildung 25: Warum Unterstützungsangebote nicht bzw. nur selten wahrgenommen werden

Unterstützungsangebote/ Entlastungsmöglichkeiten, die gerne genutzt werden würden (Teilnehmer: 69)

Von den Unterstützungsangeboten, die nicht oder nur selten genutzt werden, aber von den Befragten gerne in Anspruch genommen werden würden, ist die Kurzzeit- und Verhinderungspflege mit 31,90% die am meisten gewünschte Entlastungsmöglichkeit. Auch den ambulanten Pflegedienst würden fast ein Viertel der Pflegepersonen gerne nutzen. Weiterhin wünscht sich etwa jeder Vierte bzw. Fünfte Unterstützung in Form von Tages- und Nachtpflege-Leistungen bzw. Fahrdiensten. Der Hausnotruf wird von den Befragten mit 7,20% am wenigsten angegeben und auch eine Entlastung durch professionelle Pflegeberatungen wünscht sich nur ungefähr jeder sechste. Darüber hinaus wird unter anderem „Essen auf Rädern“, eine Haushaltshilfe und eine nächtliche Betreuung des Pflegebedürftigen, die Zuhause stattfindet, als ersehnte Unterstützung von den Teilnehmern aufgelistet.

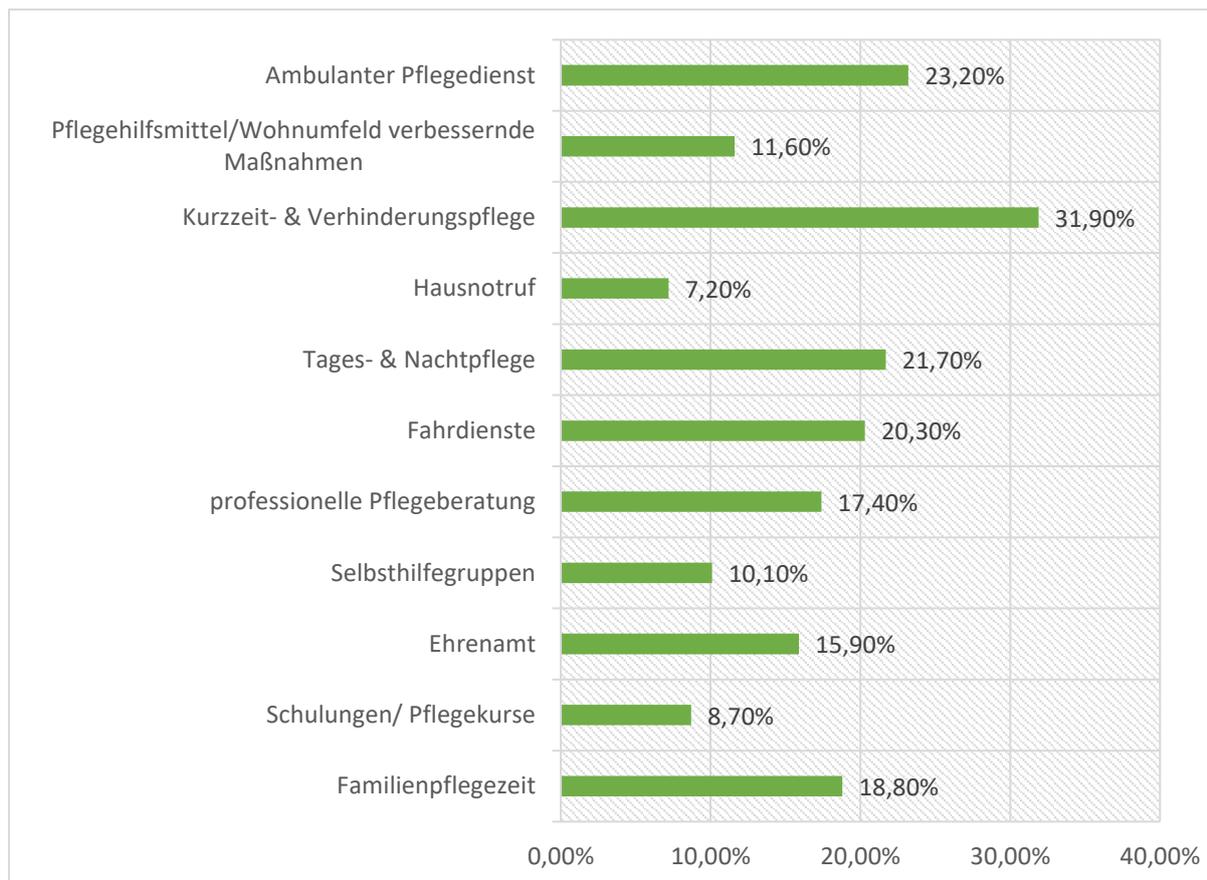


Abbildung 26: Unterstützungsangebote/ Entlastungsmöglichkeiten, die von den Pflegepersonen gerne genutzt werden würden

Hilfreiche Beratungs- und Informationsmöglichkeiten (Teilnehmer: 69)

Pflegenden Angehörigen stehen unterschiedliche Möglichkeiten zur Informationsgewinnung und Einholung einer Beratung zur Verfügung. So wäre ein persönliches Beratungsangebot vor Ort für fast die Hälfte der Befragten sehr hilfreich. Etwa ein Drittel gibt an von einer professionellen Planung und Unterstützung, wie etwa durch den Verband Pflegehilfe, zu profitieren und 25% wünschen sich schriftliche Informationsmaterialien, wie z.B. Broschüren. Zudem würde ein betrieblicher Ansprechpartner für die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ca. jedem fünften eine Entlastung bieten. Als weitere Möglichkeiten wurden von den Befragten u.a. mehr Unterstützung innerhalb der Familie und hinsichtlich der Administration aufgezählt.

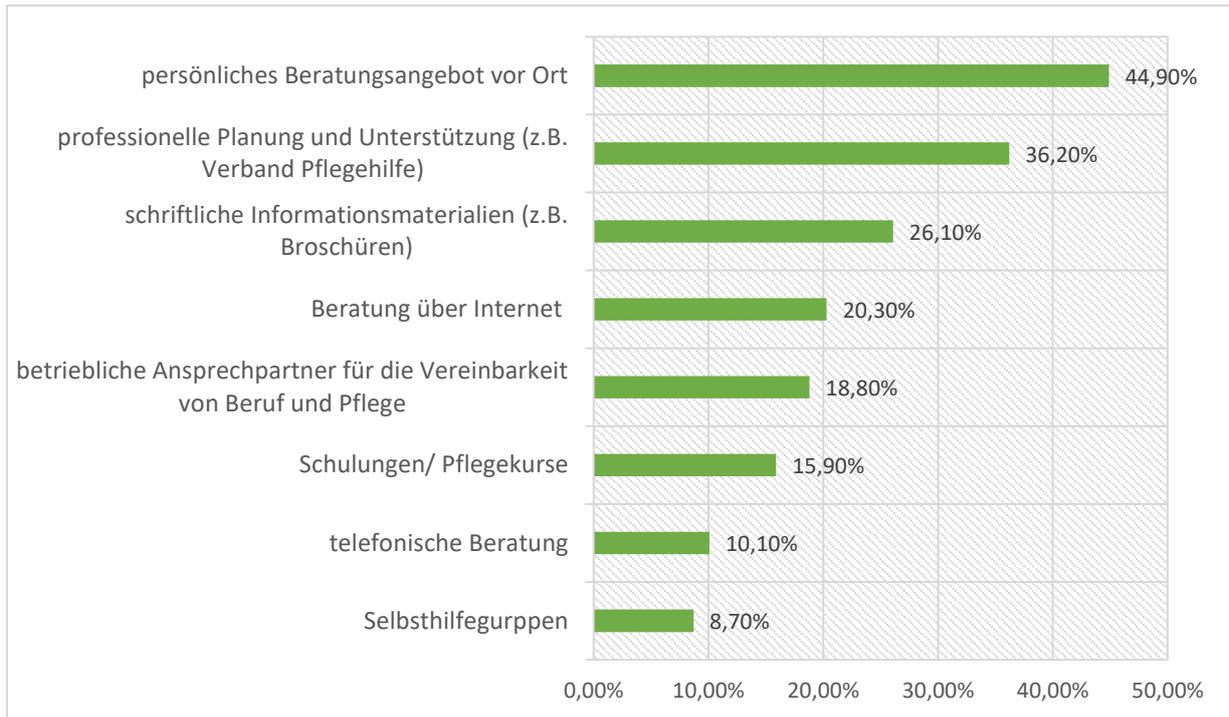


Abbildung 27: hilfreiche Beratungs- und Informationsmöglichkeiten

Unterstützungsangebote/ Entlastungsmöglichkeiten des Arbeitgebers (Teilnehmer: 51)

Ob eine Entlastung von Seiten des Arbeitgebers stattfindet, liegt an dem jeweiligen Unternehmen. So geben fast die Hälfte der Befragten an keine Unterstützung durch den Arbeitgeber zu erfahren. Mehr als ein Viertel dagegen kann sich seine Arbeitszeiten flexibel einteilen und/oder wird in Notsituationen kurzfristig freigestellt. Die Option einer zeitlich begrenzten Teilzeitstelle ist nur einem einzigen der Teilnehmer gegeben und auch das Arbeiten von zu Hause wird nur 3,90% der Pflegepersonen gewährt. Darüber hinaus werden lediglich 5,90% der Befragten durch den Arbeitgeber zu Entlastungsangeboten beraten.

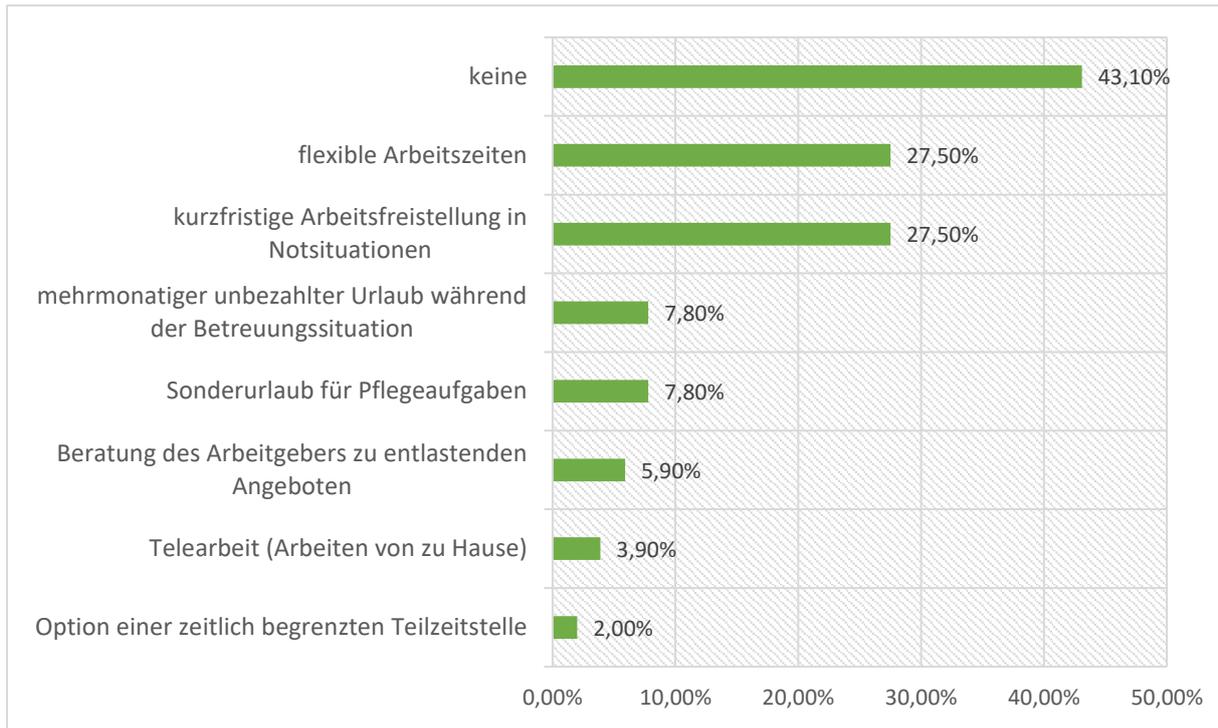


Abbildung 28: Unterstützungsangebote/ Entlastungsmöglichkeiten des Arbeitgebers

Regelungen des Arbeitgebers, die zur Entlastung beitragen würden (Teilnehmer: 31)

Entlastungsmöglichkeiten werden nicht immer von Seiten des Arbeitgebers angeboten, obwohl sie maßgebend zur Unterstützung der Arbeitnehmer, die sich zuhause um eine pflegebedürftige Person kümmern müssen, beitragen würden. So empfinden etwa die Hälfte der Befragten Sonderurlaub für Pflegeaufgaben als eine essentielle Hilfe und würden diese gerne in Anspruch nehmen. Des Weiteren wünschen sich mehr als ein Drittel flexible Arbeitszeiten und für ein Viertel der Pflegepersonen wäre es hilfreich in Notsituationen kurzfristig freigestellt zu werden. Auch Telearbeit wäre für etwa jeden fünften eine große Unterstützung. Die Beratung des Arbeitgebers zu entlastenden Angeboten wurde als Unterstützungsmöglichkeit mit 9,70% dagegen eher wenig genannt.

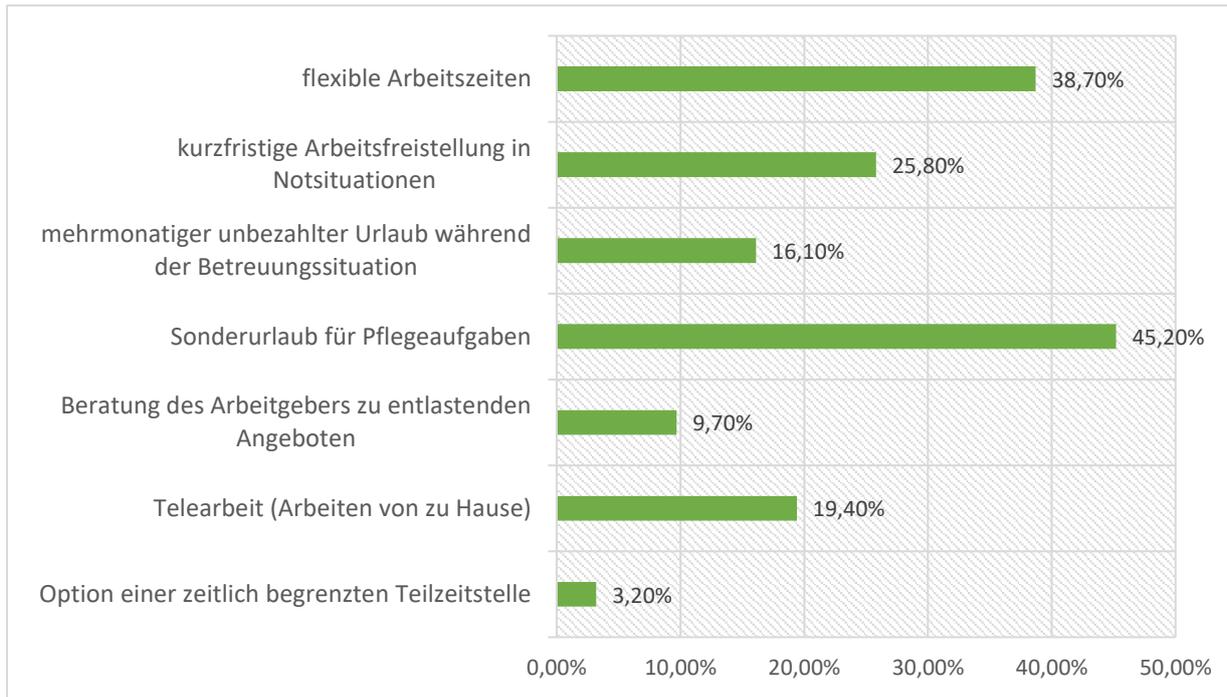


Abbildung 29: Regelungen des Arbeitgebers, die zur Entlastung beitragen würden

Kommentare/ Anregungen/ Verbesserungsvorschläge (Teilnehmer: 17)

Der Fragebogen endete mit einem Kommentarfeld hinsichtlich Anregungen und Verbesserungsvorschlägen. Im Folgenden werden ein paar der Kommentare stichpunktartig aufgezählt:

- Das Gefühl als Pflegende allein gelassen zu werden
- Wenig Möglichkeiten für spontane Unternehmungen
- Zu wenig gesellschaftliche Anerkennung
- Belastung liegt hauptsächlich bei administrativen Aufgaben
- Problem der Finanzierung
- Keine Angebote für beruflich Selbstständige
- Pflegedienste haben zu wenig Kapazitäten
- Maßnahmen zur Erleichterung der Pflege sind zu theoretisch
- Keine geeignete Pflegeeinrichtung für junge Leute

7 Diskussion

Wie eingangs beschrieben, kam es in den letzten Jahrzehnten zu einem deutlichen Anstieg des Durchschnittsalters in der deutschen Gesellschaft. Grund dafür ist eine höhere Lebenserwartung sowie eine geringere Anzahl an Geburten. Die höhere Zahl älterer Menschen birgt das Risiko der Pflegebedürftigkeit, was zu einem steigenden Bedarf an potentiellen Pflegepersonen führt. Pflegende Angehörige sind dabei Deutschlands größter Pflegedienst. 4,7 Millionen Menschen pflegen regelmäßig eine pflegebedürftige Person. Die Pflegearbeit ist allerdings mit einer Vielzahl von Belastungen verbunden. So bestimmen oftmals psychische, physische, soziale und finanzielle Belastungen den Alltag der Pflegepersonen.

Durch die Alterung der Gesellschaft und der damit verbundenen steigenden Zahl an Pflegebedürftigen wird die Unterstützung der Pflegepersonen immer wichtiger. Die verschiedenen Belastungen von pflegenden Angehörigen und eine Übersicht der aktuellen Situation wurden mithilfe eines Online-Fragebogens erfasst.

Der Fragebogen in Form eines standardisierten Interviews eignet sich besonders gut, um die Ergebnisse sowohl miteinander als auch mit bereits vorhandener Literatur zu vergleichen. Des Weiteren besteht bei einer Online-Umfrage die Möglichkeit, dass die Pflegeperson den Fragebogen in Ruhe und offen ausfüllen kann. Anders bei einer telefonischen Befragung, bei der sich die pflegebedürftige Person in Hörweite befindet und der Befragte seine Belastungssituation dadurch eventuell nicht offen darlegen kann.

Mit dieser Umfrage konnte – trotz der großen Reichweite durch den Verband Pflegehilfe (ca. 60.000 Haushalte) – nur ein geringer Teil an pflegenden Angehörigen erfasst werden. Die Erhebung von Daten gestaltet sich aufgrund der Datenschutzverordnung als zunehmend schwierig. Die Einbindung des Fragebogens in den Newsletter der Pflegeberatung stellte deswegen eine gute Möglichkeit dar. Zu erwarten war jedoch, dass nur ein Teil der Klienten den Newsletter lesen und daraufhin auch an der Umfrage teilnehmen.

Die Ergebnisse dieser Umfrage decken sich weitgehend mit dem bisherigen Forschungsstand. Die häusliche Pflege wird nach wie vor überwiegend von Frauen in der Altersgruppe der 50-65-Jährigen übernommen (vgl. Wetzstein *et al.*, 2015, S.3 f.). Dies konnte auch mit dieser Umfrage bestätigt werden. Hauptpflegepersonen sind

dabei entweder Kinder oder Ehe- bzw. Lebenspartner (vgl. Bestmann *et al.*, 2014, S.19).

Frauen haben oft die Rolle der „Familienmanagerin“ und unterliegen einem größeren Erwartungsdruck als Männer (vgl. Lüdecke *et al.*, 2006). Dass Pflegen eine Frauensache ist, wird durch die weibliche Sozialisation und der weiblichen Fähigkeiten wie Wärme, Sensibilität und der natürlichen Begabung für Hege und Pflege begründet (vgl. Hedtke-Becker, 1999).

Laut dem Statistischen Bundesamt haben die meisten Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, Pflegegrad 2 (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019b). In dieser Umfrage besitzen die meisten Pflegebedürftigen jedoch Pflegegrad 3. Darüber hinaus leben die meisten Pflegebedürftigen laut der Berichterstattung des Bundes in Baden-Württemberg (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019d). Auch dieses Ergebnis fällt in der Umfrage anders aus. Die meisten Teilnehmer der Umfrage kommen aus Mecklenburg-Vorpommern. Da der Newsletter nur an Klienten der Pflegeberatung verschickt wurde, lassen sich die Ergebnisse mit denen des Statistischen Bundesamtes allerdings nicht vergleichen.

Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen leben in einem eigenen Haushalt. Dies hat den Vorteil, dass die Pflegeperson nach getanen Pflegeaufgaben nach Hause gehen, besser abschalten und den eigenen Bedürfnissen nachgehen kann. Allerdings ist der Fahrtweg – vor allem bei pflegebedürftigen Personen, die weiter weg wohnen – eine weitere Komponente, die Zeit kostet und die Flexibilität einschränkt.

Viele pflegende Angehörige gehen neben der Pflege zudem einer Erwerbstätigkeit nach und wollen diese auch nicht aufgeben. Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bereitet den meisten jedoch große Schwierigkeiten. In dieser Umfrage geben fast 50 Prozent der Befragten an berufstätig zu sein, wobei nur etwa die Hälfte davon ihre Arbeitszeit flexibel gestalten kann. Pflegeaufgaben sind mit unflexiblen Arbeitszeiten oder gar Schichtarbeit allerdings nur schwer unter einen Hut zu bringen. Vor allem Familien mit geringem Einkommen, die sich ambulante Pflegedienste nicht leisten können, bleibt dadurch oftmals keine andere Wahl als beruflich kürzer zu treten. Seit der Einführung der Pflegeversicherung besteht zwar die Möglichkeit Pflegegeld und Pflegesachleistungen zu beziehen, allerdings wird die pflegerische Versorgung während der Arbeitszeit von pflegenden Angehörigen dadurch nicht sichergestellt. Auch wenn diese Teilzeit arbeiten, reichen die Leistungen meist nicht aus und so

können zusätzliche Kosten von über 1.000 Euro im Monat entstehen. Pflege und Beruf zufriedenstellend vereinbaren zu können, wird in der Öffentlichkeit leider zu wenig diskutiert (vgl. Keck, 2011). Prinzipiell tragen Flexibilität und Unterstützung sowohl am Arbeitsplatz als auch in der Pflege zur Entlastung von pflegenden Angehörigen bei, wodurch sich die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf erleichtert. In dieser Umfrage würden knapp 40 Prozent der Befragten gerne flexibel arbeiten können. Weitere 45 Prozent wünschen sich Sonderurlaub für Pflegeaufgaben und etwa 25 Prozent eine kurzfristige Arbeitsfreistellung in Notsituationen. Ob Entlastungsmöglichkeiten seitens des Arbeitgebers angeboten werden, liegt an dem jeweiligen Unternehmen. So geben fast die Hälfte der Befragten an, keine Unterstützung zu erhalten.

Vorhandene Unterstützungsangebote werden oftmals aber auch nicht genutzt, obwohl es heutzutage eine große Anzahl davon gibt. Ein Beispiel ist der ambulante Pflegedienst, welcher auch von ca. zwei Drittel der Befragten, die Entlastungsmöglichkeiten nutzen, in Anspruch genommen wird. Im Jahr 2017 wurden in Deutschland insgesamt 830.000 Pflegebedürftige von ambulanten Pflegediensten betreut. Mehr als doppelt so viele jedoch allein durch Angehörige. Hauptgrund ist, dass die pflegebedürftige Person nicht von einer fremden Person gepflegt werden möchte. Zudem empfinden es viele als zu großen organisatorischen Aufwand und auch die Finanzierung spielt immer wieder eine bedeutende Rolle. Je größer die finanziellen Mittel, desto mehr Möglichkeiten hinsichtlich der Pflegesituation und der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten. Etwa ein Drittel der Befragten wünschen sich eine Entlastung durch Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Jedoch werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der Kasse nicht übernommen, was dazu führt, dass sich viele Familien dieses Entlastungsangebot nicht leisten können. Durch höhere finanzielle Mittel könnte die Nutzung dieser Leistungen zunehmen.

Professionelle Pflegeberatungen werden nur ca. von jedem achten der Befragten beansprucht. Dies könnte zur Folge haben, dass viele Pflegenden nicht genügend Informationen zur Verfügung haben und deswegen keine geeigneten Angebote finden. Eine umfassende Beratung ist für pflegende Angehörige jedoch sehr wichtig. Fast die Hälfte der Befragten wünschen sich ein persönliches Beratungsangebot vor Ort und auch schriftliche Informationsmaterialien sowie das Internet sind für einige hilfreiche Beratungs-/Informationsmöglichkeiten. Auch Pflegestützpunkte, die ein wohnortnahes Beratungs- und Unterstützungsangebot anbieten, können zur Lösung des

Versorgungsproblems hilfsbedürftiger Menschen beitragen. Eine bessere und zielgerichtetere Darbietung dieser Möglichkeiten wäre daher von großer Bedeutung.

Entgegen der Erwartungen empfinden mehr als die Hälfte der Pflegepersonen ihren Gesundheitszustand als zufriedenstellend. Grund dafür könnte sein, dass sich mehr als die Hälfte der Befragten die Pflege mit ambulanten Pflegediensten und etwa 20 Prozent mit anderen Angehörigen teilen. Ein weiterer Grund könnte sein, dass die Mehrheit der Befragten einen pflegebedürftigen Angehörigen erst seit höchstens drei Jahren versorgt. Das Belastungsempfinden könnte sich bei manchen erst nach mehreren Jahren ausprägen und zu einer schlechten Bewertung des Gesundheitszustandes führen. Darüber hinaus verbringt ein Großteil der Pflegenden weniger als 20 Stunden in der Woche mit der Pflege.

Ein Drittel bewertet seinen Gemütszustand dagegen als weniger gut bzw. schlecht. Diese Aussage deckt sich damit, dass auch etwa ein Drittel die Pflege ohne (fremde) Hilfe ausübt und sich mehr als 40 Stunden wöchentlich um einen Angehörigen kümmert.

Die Pflege eines Angehörigen ist eine Dauerbelastung. So gibt erwartungsgemäß ein Großteil der Befragten an, seelischen Belastungen ausgesetzt zu sein. Laut einer Studie des Robert Koch Institutes unterscheidet sich der Gesundheitszustand von Pflegenden im Vergleich zu Nicht-Pflegenden. Pflegepersonen haben öfter Rückenschmerzen, fühlen sich gesundheitlich mehr eingeschränkt oder sind stärker seelisch belastet (vgl. Wetzstein *et al.*, 2015, S. 6). Auch in dieser Studie geben knapp 68 Prozent der Pflegenden an, (sehr) häufig an körperlichen Schmerzen, wie beispielsweise Rückenschmerzen, zu leiden. Darüber hinaus ziehen sich mehr als die Hälfte der pflegenden Angehörigen aus ihrem sozialen Umfeld zurück. Der Tagesablauf kann vom Pflegenden oftmals nicht selbst bestimmt werden, da – vor allem bei schwer Pflegebedürftigen – viel Zeit für die Pflege aufgewendet werden muss. Durch die stete Anwesenheit bleibt die Gestaltung der eigenen Freizeit aus und persönliche Bedürfnisse und Wünsche müssen erheblich eingeschränkt werden. Pflegepersonen können nicht gleichermaßen am Leben teilhaben und sich mit anderen austauschen. Die Einschränkung sozialer Kontakte stellt eine der größten Belastungen dar (vgl. Holuscha, 1992, S. 83).

Auch ausreichend Erholungspausen gibt es für die meisten pflegenden Angehörigen nicht. Etwa 80 Prozent geben an, sich nur manchmal bis nie von der Pflege erholen zu

können. Die Pflege ist ein Full-Time-Job. Ein Drittel der Befragten verbringt mehr als 40 Stunden in der Woche mit Pflegeaufgaben. Durch die ständige Bereitschaft kann die Pflegeperson nie zur Ruhe kommen und von ihren Pflichten abschalten. Auch die Schlafqualität wird dadurch häufig beeinflusst. Viele Pflegebedürftige benötigen auch nachts eine Betreuung, wodurch der Schlaf der Pflegenden gestört wird. Ausreichend und erholsamer Schlaf ist allerdings sehr wichtig für die menschliche Gesundheit. Während des Schlafens erholen sich viele Organe und das Immunsystem läuft auf Hochtouren. Ist der Schlaf jedoch beeinträchtigt, werden die Selbstheilungskräfte behindert (vgl. Netzer, 2018). Dadurch bleibt zu erwarten, dass die Pflegenden von heute durch die Dauerbelastung zu den Pflegebedürftigen von morgen werden.

Die Ergebnisse dieser Umfrage zeigen außerdem, dass Pflegende oft das Gefühl haben allein gelassen zu werden und sich mehr Unterstützung aus der Familie wünschen. Nur ein Fünftel teilt sich die Pflegeaufgaben mit Familienmitgliedern. Dabei wäre es vielleicht für einige schon hilfreich mehr Zuspruch und Anerkennung zu erhalten. Ein weiteres Problem, das immer wieder auftaucht, ist die Finanzierung. Dieses Problem lässt sich allerdings nicht so leicht beheben. Bei einer immer größer werdenden Anzahl an Pflegebedürftigen, steigen auch die Ausgaben der Pflegeversicherung. Die Einführung der Pflegestärkungsgesetze und des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind schon erste Schritte in die richtige Richtung.

Verbesserungsansätze

Grundlegend ist zu nennen, dass Pflegende besser informiert werden müssen. Eine umfassende Beratung stellt die Basis einer guten Versorgung dar. Krankenkassen müssen frühzeitig mit der Pflegeperson in Verbindung treten und diese über geeignete Unterstützungsmöglichkeiten aufklären und gegebenenfalls an die nächste Pflegeberatungsstelle weiterleiten. Mit Hilfe einer Beratung könnte auch der hohe und als große Belastung empfundene Organisationsaufwand erleichtert werden. Des Weiteren ist es wichtig von Seiten des Arbeitgebers besser auf die Pflegesituation des Jeweiligen einzugehen und mögliche Alternativen aufzuzeigen. Mehr Flexibilität am Arbeitsplatz würde oftmals schon in großem Maße zur Entlastung von pflegenden Angehörigen beitragen.

8 Pflege in der Zukunft

Die Zukunft der Pflege lässt sich in einen wahrscheinlich negativen Ausblick und in einen wahrscheinlich positiven Ausblick unterteilen. Beide Szenarien werden im Folgenden näher betrachtet.

Negativer Ausblick

„Die Bevölkerung in Deutschland altert rasant.“ (Schnabel, 2007: 2).

Für das Jahr 2050 werden bis zu zehn Millionen über 80-Jährige erwartet. Zur gleichen Zeit sinkt jedoch die Anzahl der aktiven Bevölkerung. Diese ist für die Versorgung der Pflegebedürftigen verantwortlich. Zum einen kommt es zu einem steigenden Bedarf an Pflegepersonen, sowohl im ambulanten und stationären Sektor als auch in der familiären und der professionellen Pflege. Zum anderen werden die Pflegeausgaben durch die aktive Bevölkerung finanziert. Aufgrund der geringen Anzahl der Bevölkerung im produktiven Alter wird die Finanzierung allerdings zunehmend erschwert. Darüber hinaus wird die Zahl der pflegebedürftigen Personen im Gegensatz zu der aktiven Bevölkerung sehr hoch sein, was zu einer immer stärker werdenden Belastung der Pflegenden führt. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird bis zum Jahr 2050 auf bis zu 4,7 Millionen Menschen ansteigen (Abb. 15) (vgl. Schnabel, 2007, S. 2 ff.).

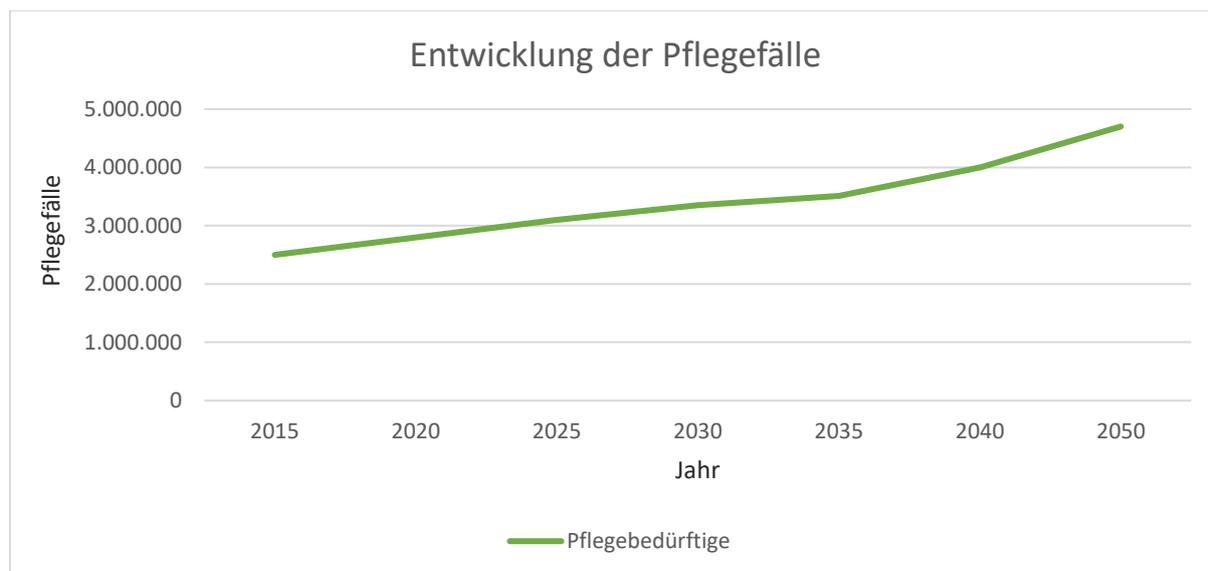


Abbildung 30: Entwicklung der Pflegefälle (nach Schnabel, 2007, S. 12 f.)

Die häusliche Pflege durch Angehörige wird abnehmen und muss durch professionelle Pflege ausgeglichen werden. Aufgrund der Abnahme der pflegenden Angehörigen

wird der Pflegemarkt beeinflusst. Dies hat nicht nur einen demographischen, sondern auch einen sozio-ökonomischen Hintergrund. Durch den Anstieg der Kinderlosigkeit werden in Zukunft durchschnittlich nur noch 1,3 Kinder pro Pflegebedürftigen für die Pflege aufkommen können. Zusätzlich erhöhen sich die Opportunitätskosten der Familienpflege aufgrund der Berufstätigkeit der Frauen und der größeren räumlichen Entfernung. Darüber hinaus leben immer mehr alte Menschen allein und können daher nicht von einem Lebensgefährten versorgt und gepflegt werden (vgl. Schnabel, 2007, S. 16 f.).

Es ist von einer Professionalisierung der Pflege die Rede. Aufgrund der Reduzierung der häuslichen Pflege, steigt der Anteil anderer Pflegearrangements, wie Pflegeheime und ambulante Sachleistungen. Dabei wird die Pflege im Heim die häufigste Versorgungsform werden und beinahe die Hälfte aller Pflegefälle ausmachen (vgl. Schnabel, 2007, S. 17 f.).

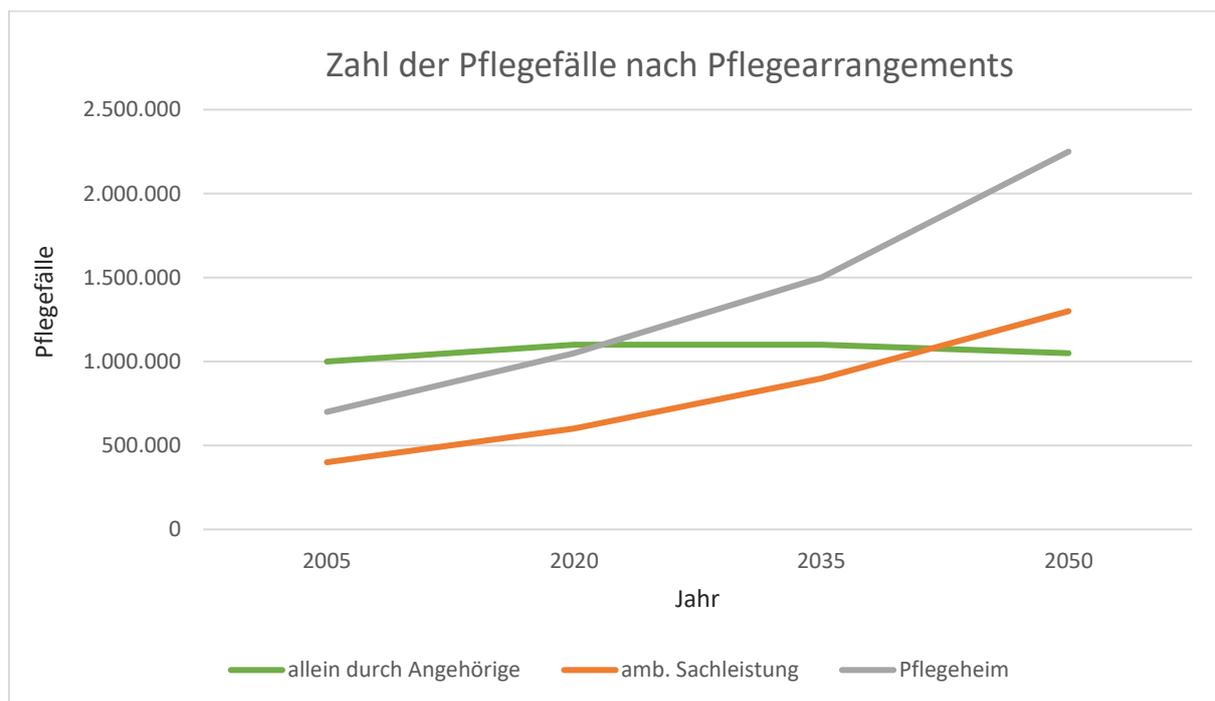


Abbildung 31: Zahl der Pflegefälle nach Pflegearrangements (nach Schnabel, 2007, S. 17)

Positiver Ausblick

Neben den wahrscheinlich negativen Faktoren gibt es jedoch auch Faktoren, die sich positiv auf die Pflege in der Zukunft auswirken. Beispiele dafür sind Technologien wie das „Ambient Assisted Living“ (AAL).

Aufgrund des demographischen Wandels werden in den nächsten Jahren neue technische Lösungen für das selbstständige Leben älterer Menschen von Bedeutung sein (vgl. Siegel *et al.*, 2014, S. 1). „Ambient Assisted Living“ bezeichnet technische Systeme, Konzepte, Produkte und Dienstleistungen, die ältere und hilfsbedürftige Menschen in ihrem Alltag unterstützen. Dabei helfen sie deren Selbstständigkeit zu fördern und zu erhalten indem sie Alltagsgegenstände mit dem sozialen Umfeld der Nutzer verbinden. AAL ist in verschiedenen Bereichen (Gesundheit und Pflege, Haushalt und Versorgung, Sicherheit und Privatsphäre, Kommunikation und soziales Umfeld) anwendbar und soll die Qualität der Hilfs- und Unterstützungsdienstleistungen sowie die der Angebote im häuslichen Bereich verbessern. Pflegebedürftige erfahren durch eine IT-basierte Unterstützung eine erhöhte Sicherheit, können ihren Gesundheitszustand besser wahrnehmen und ihren Alltag leichter meistern. Intelligente Assistenzsysteme tragen außerdem sowohl zur Prävention als auch zur Rehabilitation im häuslichen Umfeld bei (vgl. Georgieff, 2008, S. 6 ff.; Pieper *et al.*, 2011).

Bei folgenden Anwendungen kommt AAL beispielsweise zum Einsatz:

- *„Erinnerungsfunktion zum Einnehmen eines Medikamentes,*
- *Aufforderung zu Handlungen bei der Durchführung von Bewegungsprogrammen,*
- *Training der kognitiven Fähigkeiten für den Erhalt von geistiger Kapazität,*
- *Unterstützung für die Fortbewegung zu Hause.“ (Georgieff, 2008: 32)*

Des Weiteren werden mit Hilfe von „Ambient Assisted Living“ Methoden zur Fernüberwachung, -diagnose und -rehabilitation generiert, wodurch Hilfsbedürftige eigenständig in ihrem Zuhause leben können, ohne von anderen abhängig zu sein. Anhand von Sensoren, die sich in der Umgebung befinden, und miteinander verbundenen Mess- und Kommunikationsgeräten, können Angaben über Vital-, Präsenz- und Bewegungsdaten gemacht werden. Ziel ist es Krankheiten oder eine Verschlimmerung der gesundheitlichen Verfassung zeitnah zu unterbinden sowie

Notfälle zu registrieren, um angemessene Alarmierungs- und Hilfsmaßnahmen leisten zu können (vgl. Kachroudi, 2010).

„Ambient Assisted Living“- Lösungen und unterstützende Technologien können sich auch positiv auf verschiedene Dimensionen von Gesundheit und Lebensqualität auswirken. Die Bedürfnisse und Probleme älterer Menschen können durch geeignete Lösungen, die die physische, mentale und soziale Dimension der Lebensqualität beeinflussen, in Angriff genommen werden. Die Lebensqualität zählt zu den wichtigsten Outcome- Parametern, um Maßnahmen zur Gesundheitsförderung einzuleiten. Darüber hinaus spielen AAL- Lösungen für alle Personen, die an der Versorgung eines Pflegebedürftigen mitwirken, eine große Rolle. Ältere Menschen mit physischen Einschränkungen sind mit Hilfe von AAL dazu in der Lage ihr Leben möglichst unabhängig zu führen. Dies hat zur Folge, dass der Pflegebedarf reduziert werden könnte (vgl. Siegel *et al.*, 2014, S. 8 ff.). Pflegende Angehörige machen dabei von den AAL-Dienstleistungen als Sekundäranwender Gebrauch. So können sie einerseits durch die direkte Nutzung eines Produktes bei der Pflege unterstützt werden. Andererseits ist der Pflegebedürftige durch die AAL- Nutzung weniger auf die Betreuung eines Angehörigen angewiesen (vgl. Ruf, 2017).

Ein Beispiel für ein erfolgreich durchgesetztes Assistenzsystem, welches immer häufiger Anwendung findet, ist der Hausnotruf (siehe Abb. 32).



Abbildung 32: Hausnotruf (wikipedia)

Dieser ermöglicht älteren Menschen ein längeres Leben in ihrem eigenen Zuhause und schiebt dadurch den Umzug in ein Pflegeheim auf oder verhindert diesen ganz. Neben der Sicherheit für ältere Menschen, bietet der Hausnotruf zudem deren Angehörigen die Sicherheit, dass bei Bedarf jederzeit Hilfe zur Verfügung steht. Er setzt sich aus einem Hausnotrufgerät, welches an das Telefon angeschlossen ist, und einem kleinen Handsender, der beispielsweise in Form eines Armbandes getragen werden kann, zusammen. Das Hausnotrufgerät und der Handsender sind via Funk miteinander verbunden und bei Betätigen eines Knopfes, der sich am Handsender

befindet, wird ein Alarm ausgelöst. Durch die Telefonleitung wird dann anhand des Alarmes Kontakt zur Hausnotrufzentrale hergestellt (vgl. Groetschel, 2010).

Unter speziellen Voraussetzungen kommt der GKV Spitzenverband für die Kosten des Hausnotrufs auf und zählt diesen als ein Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung. Bedingung ist jedoch ein genehmigter Pflegegrad (vgl. Hoffmann, 2016).

Fazit

Assistenzsysteme kommen im Alltag deutscher Senioren- und Pflegehaushalte – trotz vorhandener Technologien – nur selten zum Einsatz. Die Installation und Nutzung bereits entwickelter Produkte erweist sich oft als schwierig, weswegen viele potentielle Anwender vor dem Unbekannten und Neuen zurückschrecken. Darüber hinaus werden aufgrund fehlender Finanzierung nur wenige bestehende Technologien eingesetzt, da Senioren- und Pflegehaushalte vor den hohen Ausgaben zurückweichen (vgl. Hoffmann, 2016).

Durch die Aufnahme von mehreren nützlichen AAL- Systemen in den Hilfsmittelkatalog der Pflegekassen und der daraus entstehenden häufigeren Nutzung der Assistenzsysteme, könnte der Alltag der hilfsbedürftigen Personen verbessert werden (vgl. Hoffmann, 2016).

9 Zusammenfassung

Pflegende Angehörige sind Deutschlands größter Pflegedienst. Etwa 4,7 Millionen Menschen pflegen regelmäßig eine pflegebedürftige Person. Durch die Alterung der Gesellschaft und der damit verbundenen steigenden Zahl an Pflegebedürftigen wird die Unterstützung der Pflegepersonen immer wichtiger. In Deutschland gibt es derzeit ca. 3,4 Millionen Pflegebedürftige. Die Pflegearbeit ist mit einer Vielzahl von Belastungen verbunden und so bestimmen oftmals psychische, physische, soziale und finanzielle Belastungen den Alltag der Pflegepersonen. Pflegende Angehörige, die zudem einer Erwerbstätigkeit nachgehen, sind in besonders hohem Maße belastet. Um eine Übersicht der aktuellen Situation und der verschiedenen Belastungen von pflegenden Angehörigen zu erhalten, wurde diesbezüglich ein Fragebogen entworfen. Der Fragebogen wurde in die vier Bereiche „Angaben zur Pflegeperson“, „Pflegeaufwand“, „Belastungssituation der Pflegeperson“ und „Unterstützungsangebote“ eingeteilt. Zur Unterstützung und Durchführung der Umfrage konnte der bundesweite Pflegestützpunkt Pflegehilfe gewonnen werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Pflege nach wie vor hauptsächlich von Frauen ausgeführt und überwiegend ein Elternteil oder der Lebenspartner gepflegt wird. Der Gesundheitszustand wird größtenteils als zufriedenstellend bewertet. Allerdings bringt die Pflege auch viele Belastungen mit sich und lässt kaum Erholungspausen zu. Viele Pflegepersonen sind berufstätig, pflegen allein und nutzen oftmals das große Spektrum an Unterstützungsangeboten, wie beispielsweise den ambulanten Pflegedienst, nicht. Gründe dafür sind, dass die meisten Pflegebedürftigen nicht von einer fremden Person gepflegt werden wollen oder den organisatorischen Aufwand als zu hoch empfinden. Zudem spielt die Finanzierung immer wieder eine wichtige Rolle.

Eine professionelle Pflegeberatung und Flexibilität von Seiten des Arbeitgebers sind wichtige Komponenten, die zur Entlastung von pflegenden Angehörigen beitragen, und daher zukünftig besser kommuniziert werden müssen.

Die häusliche Pflege durch Angehörige wird jedoch abnehmen, wodurch der Anteil anderer Pflegearrangements, wie Pflegeheime und ambulante Sachleistungen, ansteigt. Es ist von einer Professionalisierung der Pflege die Rede. Dabei wird die Pflege im Heim die häufigste Versorgungsform werden und beinahe die Hälfte aller Pflegefälle ausmachen.

10 Literaturverzeichnis

- Aghamanoukjan, A., Buber, R. und Meyer, M. (2009) Qualitative Interviews, in:
 Qualitative Marktforschung: Konzepte-Methoden-Analysen, hrsg. v. Buber, R.
 und Holzmüller, H., 2. Auflage, Wiesbaden, S. 421- 425
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (o.J.) Pflegestützpunkte,
 URL: <https://www.stmgp.bayern.de/pflege/pflegestuetzpunkte/> (Stand
 17.07.18)
- Behjati, M. (2014) The concept of Maslow's pyramid for cardiovascular health and its
 impact on "change cycle". ARYA Atheroscler, 10(1): 65-69
- Bergmann, J., Goll, M. und Wiltschek, S. (1998) Sinnorientierung durch Beratung?
 Funktionen von Beratungseinrichtungen in der pluralistischen Gesellschaft, in:
 Moral im Alltag: Sinnvermittlung und moralische Kommunikation in
 intermediären Institutionen, hrsg. v. Luckmann, T., Gütersloh, S. 143-218
- Bestmann, B., Wüstholtz, E. und Verheyen, F. (2014) Pflegen: Belastung und sozialer
 Zusammenhalt. Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen.
 WINEG Wissen 04, Hamburg
- Blinkert, B. und Klie, T. (1999) Pflege im sozialen Wandel. Studie zur Situation
 häuslich versorgter Pflegebedürftiger, Hannover
- Brügger, S., Jaquier, A. und Sottas, B. (2016) Belastungserleben und Coping-
 Strategien pflegender Angehöriger. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie,
 49(2): 138-142
- Bundesministerium für Gesundheit (2017a) So stärken wir die Pflege. Für
 Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und Pflegekräfte, 3. aktualisierte
 Auflage Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2017b) Praxisseiten Pflege. Wir stärken die
 Pflege. Gemeinsam, 3. ergänzte Auflage, Berlin
- Cappell, E. (2005) Neue Strukturen in der pflegerischen Versorgung: Auswirkungen
 auf Lebenslage und Lebensqualität pflegebedürftiger älterer Menschen, in:
 Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven,
 hrsg. v. Schroeter, K.R. und Rosenthal, T., Weinheim und München

- Czaja, M. und Schumann, F. (2015) Maßnahmenplan pflegende Angehörige. Weiterentwicklung des Berliner Unterstützungssystems. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2014)
URL: <https://www.dbfk.de/de/themen/Bedeutung-professioneller-Pflege.php>
- Doblhammer, G. und Dethloff, A. (2012) Die demografische Entwicklung in Deutschland als Herausforderung für das Gesundheitswesen, in: Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter, hrsg. v. Günster, C., Klose, J. und Schmacke, N., 1. Nachdruck, Stuttgart, S. 3-9
- Döhner, H., Gerlach, A., Köpke, S. und Lüdecke, D. (2011) Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg (PSPHH). Abschlussbericht, hrsg. v. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG), Hamburg
- Evans, T., Akporuno, O., Owens, KM., Lickers, B., Marlinga, J., Lin, HC. und Loh, LC. (2017) Using Maslow's hierarchy to highlight power imbalances between visiting health professional student volunteers and the host community: An applied qualitative study. Educ Health (Abingdon), 30(2): 133-139
- Franke, T. (2013) Aktionstag „Pflege kann jeder“ stimmt so nicht. Bergische Landeszeitung, URL: <https://www.rundschau-online.de/region/rhein-berg/aktionstag--pflege-kann-jeder--stimmt-so-nicht-477262> (Stand: 28.01.2019)
- Gaisser, A. (2004) Informationsbedarf von Krebspatienten im Spiegel der telefonischen Beratung des Krebsinformationsdienstes KID, in: Gemeinsame Entscheidung in der Krebstherapie. Arzt und Patient im Spannungsfeld der Shared Decision, hrsg. v. Bartsch, HH. und Weis, J., Basel, S. 29-45
- Geldermann, B. (2010) Methoden und Instrumente einer demografiefesten Personalpolitik in der Pflege, in: Zukunftsfähig im demografischen Wandel, hrsg. v. Loebe, H. und Severing, E., Band 59, Bielefeld, S. 57-60
- Georgieff, P. (2008) Ambient Assisted Living. Marktpotenziale IT-unterstützter Pflege für ein selbstbestimmtes Altern. FAZIT Schriftenreihe, Marktanalyse/ Band 17, Stuttgart

GKV Spitzenverband (2018) Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/pflegeberatung.jsp (Stand: 14.08.2018)

Graf von der Schulenburg, J.-M. und Greiner, W. (2000) Gesundheitsökonomik.

Neue ökonomische Grundrisse, hrsg. v. Richter, R., Tübingen, S. 2-3

Groetschel, C. (2010) Hausnotruf: Mehr Freiheit im Alter, in: Heilberufe, 62(12): 22-24

Hedtke-Becker, A. (1999) Die Pflegenden pflegen, 2. Auflage, Freiburg im Breisgau, S.17

Hoffmann, S. (2016) Technik die unser Leben vereinfacht

URL: <http://www.aal-deutschland.de/> (Stand: 07.08.2018)

Holuscha, A. (1992) Altenpflege in der Familie. Belastungen und Unterstützungen bei pflegenden Angehörigen, in: Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft, hrsg. v. Baier, H. und Wiehn, E.R., Band 23, Konstanz

Hüdepohl, S. (2008) Telefonische Beratung in der ambulanten Pflege, Osnabrück, S. 1

Jackson, J. C., Santoro, M. J., Ely, T. M., Boehm, L., Kiehl, A. L., Anderson, L. S. und Ely, E. W. (2014) Improving Patient Care Through the Prism of Psychology: application of Maslow`s Hierarchy to Sedation, Delirium and Early Mobility in the ICU. J Crit Care, 29(3): 438-444

Juchli, L. (1994) Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege, 7. Auflage, Stuttgart

Kachroudi, N. (2010) Ambient Assisted Living, in: Research Trends in Media Informatics, hrsg. v. Schaub, F., Dietzel, S., Bako, B., Könings, B., Schoch, E., Wiedersheim, B. und Weber, M., Ulm, S.13-19

Keck, W. (2011) Pflege und Beruf: Ungleiche Chancen der Vereinbarkeit. WZBrief Arbeit, No. 09, Berlin, S. 1-6

Kenrick, D. T., Giskevicius, V., Neuberg, S. L. und Schaller, M. (2010) Renovating the Pyramid of Needs: Contemporary Extensions Built Upon Ancient Foundations. Perspect Psychol Sci, 5(3): 292-314

- Linke, B. und Linke, Dr. T. (2008) Die Reform der Pflegeversicherung und die neue Pflegezeit, München, S. 96-101
- Lüdecke, D., Mnich, E., Melchiorre, M.G. und Kofahl, C. (2006) Familiäre Pflege älterer Menschen in Europa unter einer Geschlechterperspektive. Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien, (2+3): 85-101
- Maier, C. (2015) Eine empirische Analyse der Anreize zur informellen Pflege. Impulse für Deutschland aus einem europäischen Vergleich, in: Allokation im marktwirtschaftlichen System, hrsg. v. König, H., Nachtkamp, H-H., Schlieper, U. und Wille, E., Band 68, Frankfurt am Main
- Meyer, M. (2006) Pflegende Angehörige in Deutschland. Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen, Hamburg
- Michaelis, M. (2005) Pflege als extreme Verausgabung: arbeitssoziologische Aspekte, in: Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven, hrsg. v. Schroeter, K.R. und Rosenthal, T., Weinheim und München
- Mousavi, S. H. und Dargahi, H. (2013) Ethnic Differences and Motivation Based on Maslow's Theory on Iranian Employees. Iran J Public Health, 42(5): 516-521
- Netzer, N. (2018) Schlaf ist Medizin. Schlaf, 7(03):121
- Nickel, W., Hanns, S., Brähler, E. und Born, A. (2012) Pflegeberatung – die Erwartungen der Betroffenen. Das Gesundheitswesen, 74: 798-805
- Palesch, A. (2012) Ambulante Pflegeberatung. Grundlagen und Konzepte für die Praxis, Stuttgart
- Pieper, M., Antona, M. und Cortés, U. (2011) Ambient Assisted Living. Ercim News, 87(18): 18-19
- Prüfer, P. und Stiegler, A. (2002) Die Durchführung standardisierter Interviews: ein Leitfaden. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen -ZUMA-, GESIS-How-to, Nr. 11, Mannheim, S. 2-3
- Rogers, M. (1995) Theoretische Grundlagen der Pflege. Eine Einführung, Freiburg im Breisgau

- Roth, S. J. (2005) Pflegebedürftigkeit bleibt privat: Familienpflegezeit.
Wirtschaftsdienst, 95(1): 4-5
- Ruf, Dr. E. (2017) Ambient/ Active Assisted Living - Ein Überblick. Interdisziplinäres
Kompetenzzentrum Alter, St. Gallen, S. 10-11
- Schnabel, Prof. Dr. R. (2007) „Zukunft der Pflege“. Initiative Neue Soziale
Marktwirtschaft, Universität Duisburg-Essen und ZEW
- Schroeter, K. R. und Rosenthal T. (2005) Einführung: Soziologie der Pflege oder
Pflegesozio­logie – eine weitere Bindestrich- Soziologie?, in: Soziologie der
Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven, hrsg. v.
Schroeter, K. R. und Rosenthal, T., Weinheim und München
- Schüle, E. (2012) Psychische Belastungen vs. Beanspruchung. DGPfG Deutsche
Gesellschaft für Psychosoziale Gesundheitsförderung, S. 1
- Siegel, C., Hochgatterer, A. und Dorner, T.E. (2014) Contributions of ambient
assisted living for health and quality of life in the elderly and care services – a
qualitative analysis from the expert’s perspective of care service professionals.
BMC Geriatr, 14: 112
- Sozialgesetzbuch (2017a), Elftes Buch, Soziale Pflegeversicherung, §14 SGB XI
Begriff der Pflegebedürftigkeit, URL:
[www.sozialgesetzbuch-
sgb.de/sgbxi/14.html](http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/14.html) (Stand: 02.01.19)
- Sozialgesetzbuch (2017b), Elftes Buch, Soziale Pflegeversicherung, §7a SGB XI
Pflegeberatung, URL: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/7a.html>
(Stand: 02.01.19)
- Sozialgesetzbuch (2017c), Elftes Buch, Soziale Pflegeversicherung, §7c SGB XI
Pflegestützpunkte, Verordnungsermächtigung, URL:
<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/7c.html> (Stand: 02.01.19)
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019a) 3,4 Millionen Pflegebedürftige zum
Jahresende 2017, URL:
[https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pfleg
e/Pflege.html#Tabellen](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Pflege.html#Tabellen) (Stand: 02.01.19)
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019b) Pflege­statistik. Pflege im Rahmen der
Pflegeversicherung – Deutschland­ergebnisse 2017

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019c) Ergebnisse der 13. Koordinierten

Bevölkerungsvorausberechnung, URL:

https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/2015_2A_AltersgruppenBis2060_.html (Stand: 02.01.19)

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019d) Pflegebedürftige (Anzahl und Quote).

Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, URL:

http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_st art_neu/&p_aid=i&p_aid=58387439&nummer=510&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=78338936 (Stand: 09.01.19)

Tebest, R., Mehnert T., Nordmann, H. und Stock, S. (2017) „Pflegestützpunkte“: Care

Support Centers in Germany. Where are we Heading? Results of the

Evaluation of all 48 Care Support Centers in Baden-Württemberg.

Gesundheitswesen, 79(2): 67-72

Tebest R., Mehnert, T., Nordmann, H. und Stock, S. (2015) Provision of services and

demand for care support centers. Results of the evaluation of all care support

centers in Baden-Württemberg. Z Gerontol Geriatr, 48(8): 734-739

TNS Infratest Sozialforschung (2017) Studie zur Wirkung des Pflege-

Neuorientierungs- Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes

(PSG I), München

van Dick, R. (1999) Streß und Arbeitszufriedenheit im Lehrerberuf. Eine Analyse von

Belastung und Beanspruchung im Kontext sozialpsychologischer, klinisch-

psychologischer und organisationspsychologischer Konzepte, Marburg

Wetzstein, M., Rommel, A. und Lange, Dr. C. (2015) Pflegende Angehörige –

Deutschlands größter Pflegedienst. Robert-Koch-Institut, GBE kompakt,

Berlin

Wikipedia, Die freie Enzyklopädie (2019) Hausnotruf, URL:

<https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Hausnotruf&oldid=184865747>

(Stand: 22.01.19)