



This project is co-funded by  
the European Union

# Qualität von Arbeitsplätzen und Dienstleistungen im Pflege- und Haushaltsdienstleistungssektor in Deutschland

Dezember 2015

[forquality.eu](http://forquality.eu)



## EINLEITENDE ANMERKUNG

Dieser Bericht wurde mithilfe der Recherchen seiner Autoren, der Beiträge und Anregungen der Projektpartner, der Anregungen Kommentare der Teilnehmer/Mitglieder der Partnerorganisationen an den Regionalseminaren (Rom/Brighton/Wien 2015) sowie der Mitglieder des Beirates (AGE-Plattform, Eurofound) erarbeitet, geprüft und fertiggestellt. Die Autoren möchten herzlich all diesen Personen für ihre Zeit und Beiträge danken. Der Bericht präsentiert Anspruch der Vollständigkeit den Sektor der Pflege und haushaltsnahen Dienstleistungen im betreffenden Land und im Rahmen der Projektziele von For Quality! gemäß des vom Konsortium validieren methodischen Rasters. Die Autoren haben versucht, Korrekturen und Kommentare einzuarbeiten, die ihnen während dieses Prozesses mitgeteilt wurden. Der Inhalt spielt jedoch nicht notwendigerweise die Vorstellungen der Projektpartner wider, die keine Verantwortung für die in diesem Bericht enthaltenen Informationen tragen.

Diese Veröffentlichung wird unterstützt vom Programm für Beschäftigung und soziale Solidarität – PROGRESS ((2007-2013) der Europäischen Union. Dieses Programm wird von der Europäischen Kommission umgesetzt. Es wurde geschaffen, um die in der Sozialagenda formulierte Umsetzung der Ziele der Europäischen Union im Bereich Beschäftigung und Soziales finanziell zu unterstützen und damit einen Beitrag zur Erreichung der Ziele der Strategie Europa 2020 in diesen Politikfeldern zu leisten.

Das 7-Jahres-Programm richtet sich an alle Stakeholder, die zur Mitgestaltung der Entwicklung von geeigneten und wirksamen Rechtsvorschriften und Politiken im Bereich Beschäftigung und Soziales in allen Ländern der EU-28, von EFTA-EWR sowie allen (angehenden) EU-Beitrittskandidatenländern beitragen können. Weitere Informationen sind erhältlich unter: <http://ec.europa.ec/progress>.

Die in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen sind nicht notwendigerweise Ausdruck der Position oder Haltung der Europäischen Kommission.

# INHALT

<b>EINLEITENDE ANMERKUNG</b> .....	<b>2</b>
<b>INHALT</b> .....	<b>3</b>
<b>1. EINLEITUNG</b> .....	<b>4</b>
<b>2. NATIONALE ODER LOKALE VORSCHRIFTEN UND POLITIKEN</b> .....	<b>5</b>
2.1. POLITISCHER UND GESETZLICHER HINTERGRUND.....	5
2.2. STRUKTUREN, FINANZIERUNG UND BETEILIGTE AKTEURE.....	7
<b>3. ARBEITS- UND BESCHÄFTIGUNGSQUALITÄT</b> .....	<b>10</b>
3.1. BERUFLICHE LAUFBAHN UND BESCHÄFTIGUNGSSICHERHEIT.....	10
3.1.1. BESCHÄFTIGUNGSSTATUS .....	11
3.1.2. EINKÜNFTE UND ENTLOHNUNG.....	13
3.1.3. SOZIALER SCHUTZ.....	14
3.1.4. ARBEITNEHMERRECHTE .....	15
3.2. QUALIFIZIERUNG UND PROFESSIONALISIERUNG.....	15
3.2.1. QUALIFIZIERUNG UND AUSBILDUNG.....	15
3.2.2. REKRUTIERUNG UND PERSONALMANGEL .....	17
3.3. GESUNDHEIT UND WOHLBEFINDEN.....	17
3.4. VEREINBARKEIT VON FAMILIE UND BERUF .....	19
<b>4. QUALITÄT DER LEISTUNGEN</b> .....	<b>20</b>
4.1. VERFÜGBARKEIT VON LEISTUNGEN.....	20
4.2. ERSCHWINGLICHKEIT .....	21
4.3. VOLLSTÄNDIGKEIT DER DIENSTLEISTUNGEN .....	22
4.4. REGULIERUNGSQUALITÄT.....	23
4.5. QUALITÄT DER MANAGEMENT- UND ORGANISATIONSEBENE .....	24
<b>5. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>25</b>

# 1. EINLEITUNG

Deutschland wird von einem Familienmodell bestimmt, das irgendwie von der Idee des ‚Mannes als Ernährer der Familie‘ beherrscht wird. Aber im Gegensatz zu südeuropäischen Ländern ist Deutschland ein hochentwickelter Wohlfahrtsstaat. Der Staat ist durch die Verfassung verpflichtet, Sozialfürsorge zu leisten (der Sozialstaat). Die ‚private Sozialfürsorge‘, eine der Säulen der sozialen Fürsorge in Deutschland, basiert auf Zusammenarbeit zwischen staatlichen und privaten Trägern und wird insbesondere im deutschen Sozialgesetzbuch geregelt.

So können Pflegebedürftige in Deutschland Geld erhalten, um auf informelle Pflegekräfte in der eigenen Wohnung (ausschließlich) zurückzugreifen, oder sie erhalten Sachleistungen, um professionelle Pflegedienste hinzuzuziehen oder eine Kombination von beiden<sup>1</sup>. Tatsächlich wollen 2/3 aller Personen lieber zu Hause gepflegt werden<sup>2</sup>.

Bei Haushaltsdienstleistungen hat Deutschland auch spezielle Beschäftigungsverträge eingeführt, die heute bei der Beschäftigung im Haushalt vorherrschen: die sogenannten ‚Minijobs‘.

Ein großer Teil der personen- und haushaltsnahen Dienstleistungen (personal and household services, PHS) wird von Einzelpersonen und insbesondere nicht angemeldeten ArbeitnehmerInnen erbracht. Verschiedene Quellen gehen davon aus, dass die informelle Beschäftigung in Deutschland bis zu 90-95% erreichen kann, also einen im Vergleich zu anderen europäischen Ländern besonders hohen Anteil<sup>3</sup>.

Die Definition von personen- und haushaltsnahen Dienstleistungen (PHS) im ‚For Quality‘-Projekt umfasst für pflegebedürftige und nicht pflegebedürftige Personen erbrachte haushaltsnahe Dienstleistungen und lautet wie folgt: *„Eine große Palette von Tätigkeiten, die zum häuslichen Wohlbefinden von Familien und Einzelpersonen beitragen: Kinderbetreuung, Langzeitpflege von Senioren und Menschen mit Behinderungen, Reinigungsarbeiten, Förderkurse, Reparaturen im Haushalt, Gartenpflege, Unterstützung bei der Informations- und Kommunikationstechnik (ICT), etc.“*<sup>4</sup>. Unter diesem Aspekt muss man festhalten, dass ein nicht zu vernachlässigender Teil der bei der Erstellung des vorliegenden Berichts gefundenen Daten sich mit „häuslicher Pflege“ befasst, die auch Krankenpflegetätigkeiten umfasst.

---

<sup>1</sup> Schulz, E., The Long Term care system in Germany, ENEPRI Bericht Nr. 78, Juni 2010.

<sup>2</sup> Berringer, C., Suhr, R., Peer Review on priorities in reform of care services : Recent developments regarding care services in Germany, Schweden, 2013

<sup>3</sup> Cools, F., Stokkink, D. (dir.), Maarten, G., Valsamis, D., « European evidence paper on the development of personal and household services and the sectors potential to increase employment in Europe » , POUR LA SOLIDARITÉ, Februar 2013

<sup>4</sup> European Commission, Staff Working Document on exploiting the employment potential of the personal and household services, SWD (2012) 95 final

## 2. NATIONALE ODER LOKALE VORSCHRIFTEN UND POLITIKEN

### 2.1. Politischer und gesetzlicher Hintergrund

Das Pflegeversicherungsgesetz aus dem Jahre 1994 bildet den Ausgangspunkt für die letzte große, von der deutschen Bundesregierung eingeleitete Reform zur Erweiterung und Verbesserung des nationalen Gesundheits- und Langzeitpflegesystems<sup>5</sup>. Neben Renten-, Gesundheits-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung führte es einen fünften Zweig in das Sozialversicherungssystem ein - den wichtigsten Rahmen der Sozialversicherung in Deutschland –, das auch den Bedarf an **Langzeitpflege (long-term care, LTC)**<sup>6</sup> umfasst, da diese Pflege zuvor zu Kostendruck bei den Krankenversicherungen geführt hatte. Aus diesem Grund wurde 1995 die Pflegeversicherung eingeführt, die wir als „LTCI“ (Long-term care insurance) bezeichnen<sup>7</sup>.

Das Pflegestärkungsgesetz von 2008 erweiterte die von der Pflegeversicherung (LTCI) abgedeckten Leistungen.

Über die LTCI-Gelder sehen die deutschen Rechtsvorschriften je nach Pflegebedürftigkeitsumfang der Leistungsempfänger verschiedene Formen von Langzeitpflegeleistungen wie beispielsweise **Geldleistungen** für häusliche Pflege bzw. **Sachleistungen (für Gemeinschaftspflege)** in Tages- oder Nachtpflegeeinrichtungen sowie Pflegeheimen (siehe Tabelle 1 in Anhang 1) vor<sup>8</sup>. Bisher bildet Pflegegeld den überwiegenden Teil der Pflegeversicherungsleistungen. Darüber hinaus wird für Pflegebedürftige und deren Angehörige **Beratung** geboten. Das System bietet auch **Schulungskurse** für pflegende Familienangehörige an.

Das seit April 2009 geltende Arbeitnehmerentsendegesetz legt Mindeststandards für die Arbeitsbedingungen von ArbeitnehmerInnen fest, die über in einem anderen EU-Staat ansässige Unternehmen in Deutschland Dienstleistungen erbringen.

Das 2011 verabschiedete Pflegezeitgesetz berechtigt ArbeitnehmerInnen, bis zu 10 Tage unbezahlten Urlaub zu nehmen, um im Falle von wiederkehrenden Erkrankungen die Pflege von Angehörigen zu übernehmen.

Das 2011 verabschiedete Gesetz zur Familienpflegezeit ermutigt Familienangehörige, für ihre Familien Pflegeleistungen zu erbringen. Mit diesem Gesetz werden ArbeitnehmerInnen in die Lage versetzt, ihre Arbeitszeit höchstens 2 Jahre lang zu reduzieren, um Familienangehörige zu

---

<sup>5</sup> Eurofound, More and better jobs in Home-care work, 2013

<sup>6</sup> Langzeitpflege entspricht einer Vielzahl von personen- und haushaltsbezogenen Dienstleistungen (PHS) für Pflegebedürftige.

<sup>7</sup> Cools, F., Stokink, D. (dir.), Maarten, G., Valsamis, D., Februar 2013

<sup>8</sup> Schulz, E., 2010

pflegen. Die Hälfte der gekürzten Arbeitsstunden wird den ArbeitnehmerInnen vom Arbeitgeber bezahlt. Die andere Hälfte geht auf Kosten der ArbeitnehmerInnen selbst: wenn diese an ihren Arbeitsplatz zurückkehren, gleichen die ArbeitnehmerInnen die fiktiv für den Arbeitgeber entstandenen Kosten aus, indem sie ein um diesen Kostenbetrag verringertes Gehalt beziehen. Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben bietet Arbeitgebern zur Finanzierung dieser Maßnahme zinslose Kredite an.

Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz von 2012 stellt sicher, dass die Bundesregierung den Deutschen finanzielle Hilfen gewährt, die freiwillig in eine private Pflegeversicherung investieren.

Aus der rechtlichen Perspektive „setzt“ Langzeitpflegebedarf infolge einer körperlichen, psychischen oder geistigen Erkrankung oder Behinderung *„einen signifikanten oder großen Umfang an Hilfen zur Erledigung der täglichen und wiederkehrenden Aufgaben des täglichen Lebens über einen längeren Zeitraum, höchstwahrscheinlich mindestens 6 Monate voraus“*<sup>9</sup>.

Aber in Deutschland gibt es keine gesetzliche Definition von personen- und haushaltsnahen Dienstleistungen, obwohl dieser Begriff im deutschen Finanzrecht verwendet wird. Das Anweisungsschreiben des Finanzministeriums<sup>10</sup> weist auf das Fehlen einer gesetzlichen Definition hin und liefert eine Beschreibung dessen, was als haushaltsnahe Dienstleistungen zu behandeln ist: ein Arbeitsplatz im Sektor „haushaltsnahe Dienstleistungen ist eine Erwerbstätigkeit, die einen engen Bezug zum jeweiligen Haushalt hat. Zu diesen Tätigkeiten zählen unter anderem die Zubereitung von Mahlzeiten im Haushalt, die Reinigung der Wohnung, Gartenpflege und die Pflegeversorgung und Betreuung von kranken, alten oder pflegebedürftigen Personen bzw. Kindern. Förderkurse oder Freizeitaktivitäten fallen nicht darunter.

Außerdem war Deutschland das zweite Mitgliedsland der EU - nach Italien -, das 2011 zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Bereich der häuslichen Dienstleistungen das ILO-Übereinkommen C189 ILO über Hausangestellte ratifizierte. Es ist inzwischen in Kraft getreten<sup>11</sup>.

Dies wurde verstärkt durch die letzte Veröffentlichung eines neuen Normungsverfahrens zu „Personen- und haushaltsnahe Dienstleistungen - Information, Beratung und Vermittlung“, die für alle Anbieter gilt: die DIN SPEC 77003.

Sofern es haushaltsnahe Dienstleistungen als solche betrifft, ist festzustellen, dass die Zunahme personen- und haushaltsnaher Dienstleistungen in Deutschland in den 1990ern durch das Auftauchen der ‚Minijobs‘ und dann durch die Hartz IV-Reform (2003) verstärkt wurde, durch die Minijobs flexibler und Midi-Jobs eingeführt wurden. Bei Minijobs handelt es sich um Beschäfti-

---

<sup>9</sup> Schulz, E., 2010

<sup>10</sup> Bundesministerium der Finanzen, „Anwendungsschreiben des BMF zu §35a EStG“: <http://www.paritaet-alsopfleg.de> : <http://bit.ly/1TTaCz9>. Zuletzt eingesehen am 19/08/2015

<sup>11</sup> International Labour Organisation (ILO), Ratifizierungen von C189, <http://www.ilo.org/>: <http://bit.ly/1Mm9kH2>. Zuletzt eingesehen am 13/08/2015

gungsverhältnisse, deren monatliche Vergütung 450 € nicht übersteigt<sup>12</sup>; sie geben ArbeitnehmerInnen das Recht auf volle Befreiung von Sozialversicherungsbeiträgen, während Arbeitgeber höhere Sozialversicherungsbeiträge (30 % im Vergleich zu etwa 19 % bei anderen Beschäftigungsformen) zahlen. Midi-Jobs sind Beschäftigungsverhältnisse, bei denen das monatliche Gehalt zwischen 400 und 800 € liegt; mit ihnen haben ArbeitnehmerInnen das Recht auf gleitende Absenkung der Sozialversicherungsbeiträge. 2010 arbeiteten 230.000 Menschen in Deutschland in Minijobs im Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen (etwa 3 % aller ArbeitnehmerInnen mit Minijobs). Nur direkt in einem Privathaushalt angestellte Personen können dieses System in Anspruch nehmen (Organisationen sind ausgeschlossen). Diese Beschäftigungssysteme wurden anfänglich eingeführt, um Ehefrauen zur Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung zu ermutigen, während sie bereits über die Krankenversicherung ihrer Ehegatten mitversichert waren<sup>13</sup>. Trotzdem entscheiden sich viele MinijobberInnen, keine zusätzlichen Rentenbeiträge zu entrichten, was langfristig zu größerer Unsicherheit führt.

Außerdem wurde 2009 das Familienleistungsgesetz verabschiedet, durch das Haushalte, die haushaltsnahe Dienstleistungen in Anspruch nehmen, die Möglichkeit erhalten, bis zu einem Höchstbetrag von 4000 € (d.h. 20.000 € an angefallenen Kosten) eine Steuererleichterung in Höhe von 20 % der Kosten dieser Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen<sup>1415</sup>.

2015 trat das erste Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch, d.h. das Erste Pflegestärkungsgesetz in Kraft. Zwar wurden damit Beiträge zur Pflegeversicherung um 0,3 % und weitere 0,2 % erhöht, aber sein Ziel ist es, Familien Unterstützung zu geben, die zur Übernahme der häuslichen Pflege ihrer Familienangehörigen bereit sind (z.B. durch zahlreiche mehr Tagespflege und Kurzzeitpflegemöglichkeiten). Außerdem sollte der Zugang zur Beschäftigung in Langzeit Pflegeeinrichtungen erleichtert werden. Damit sollte sich die Zahl der zusätzlichen Pflegepersonen signifikant erhöhen. Abschließend bereitet dieses Gesetz den Boden für die Schaffung eines Langzeitpflege-Vorsorgefonds. Das Zweite Pflegestärkungsgesetz wird darüber hinaus eine Neudefinition des Langzeitpflegebedarfs einführen<sup>16</sup>.

## 2.2. Strukturen, Finanzierung und beteiligte Akteure

Die Pflegeversicherung bietet Unterstützung bei täglichen Aufgaben (Körperpflege, Essen, Mobilität und Haushaltsführung). **Geldleistungen** werden Pflegebedürftigen ihrem individuellen

---

<sup>12</sup> Conseil Central de l'Économie, Lettre mensuelle socio-économique, N°190, 30/04/2013, S.10

<sup>13</sup> European Commission, European Employment Policy Observatory, Personal and household services - Germany, June 2015

<sup>14</sup> POUR LA SOLIDARITÉ, Personal Care Services in Europe: European approaches and perspectives on a challenge for the future, January 2012, S. 24—25.

<sup>15</sup> Cools, F., Stokink, D. (dir.), Maarten, G., Valsamis, D., Februar 2013

<sup>16</sup> Federal Ministry of Health, Long-term care, First Act to Strengthen Long-term Care, <http://www.bmg.bund.de/en/http://bit.ly/1GOVUmR>. Last consultation on 30/10/2015



Pflegeumfang entsprechend gewährt<sup>17</sup>:

- Pflegegrad 0 (unter Demenz leidende Personen): € 123
- Pflegegrad I (Pflegebedarf mindestens einmal täglich): € 244 mit einem Zuschlag von 72 € für Personen mit der Diagnose Demenz 5;
- Pflegegrad II (Pflegebedarf mindestens dreimal täglich): € 458 mit einem Zuschlag von 72 € für Personen mit der Diagnose Demenz 5;
- Pflegegrad III (Bedarf an 24-stündiger täglicher Unterstützung): € 728<sup>18</sup>.

Die deutsche Bevölkerung ist mit Sicherheit nicht frei vom in Europa bekannten Alterungsphänomen und weiter in hohem Maße abhängig von der Mitwirkung von Familienangehörigen, um Menschen mit Behinderungen so lange wie möglich in ihrem häuslichen Umfeld zu belassen. Die veränderten Familienstrukturen führten zu einem stärkeren Reckgriff auf Gemeinschaftspflegeeinrichtungen bei der Pflege von Menschen mit Behinderungen - vor Erreichung des Rentenalters:

- Einrichtungen des betreuten Wohnens;
- Pflegegenossenschaften;
- Pflegedienste und ambulante medizinische Dienste;
- Gruppen von Ehrenamtlichen und gemeinnützigen Selbsthilfeorganisationen<sup>19</sup>.

Das System der deutschen Pflegeversicherung umfasst Leistungen für häusliche Pflege - einschließlich der Pflege durch informelle Pflegekräfte - und stationäre Pflege:

- Sachleistungen für Gemeinschaftspflege;
- Geldleistungen für informelle Pflege;
- Kombination von Geld- und Sachleistungen;
- häusliche Entlastungspflege während des Urlaubs oder einer Erkrankung von informellen Pflegekräften;
- Medizinische Geräte und technische Hilfsmittel;
- Tagespflege und Nachtpflege;
- Stationäre Kurzzeitpflege;
- Stationäre Vollzeitpflege;
- Langzeitpflege in Heimen für Menschen mit Behinderungen;
- Sozialversicherungsleistungen für informelle Pflegekräfte;

---

<sup>17</sup> Beratung und Information rund um die Pflegeversicherung, Geldleistungen der Pflegeversicherung, <http://www.pflegestufe.info/>: <http://bit.ly/1GOYPvQ>. Last consultation 30/10/2015.

<sup>18</sup> Figures 2015

<sup>19</sup> Eurofound, 2013



- Leistungen für Pflegepersonen, die langfristig eine Pflegezeit nehmen;
- Schulungskurse für pflegende Familienangehörige und ehrenamtliche Pflegekräfte;
- weitere Leistungen für Menschen, deren Fähigkeit zur Bewältigung des täglichen Lebens wesentlich eingeschränkt ist;
- Leistungen für ein personenbezogenes Budget<sup>20</sup>.

Weil sie jetzt an die weitverbreitete Sozialversicherung gebunden ist, deckt die Pflegeversicherung fast die gesamte deutsche Bevölkerung ab (mehr als 70 Millionen Menschen<sup>21</sup>). Personen, die eine Vollversicherung bei einer privaten Krankenversicherung haben, müssen eine äquivalente private Versicherung abschließen, die die gleichen Leistungen bietet wie das generelle gesetzliche Krankenversicherungssystem<sup>22</sup>. Das Privatversicherungssystem deckt weitere 8,5 Millionen Menschen ab<sup>23</sup>. Menschen mit Behinderungen können zusätzlich zu den Leistungen für Menschen mit Behinderungen Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen.

Die Finanzierung der Pflegeversicherung wird durch ein System mit von Lohn und Gehalt einbehaltenen Beiträgen gesichert, deren Höhe aufgrund des persönlichen Einkommens berechnet wird.

2009 gab es 7 Arten von gesetzlichen Krankenversicherungen und somit auch Pflegeversicherungen. Sie handeln im gesetzlichen Auftrag und stehen gesetzlich unter staatlicher Aufsicht, bleiben aber organisatorisch und finanziell eigenständig: Sie arbeiten auf der Grundlage der Selbstverwaltung. Sie sind organisiert im Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-Spitzenverband), der auch die Aufgaben des Spitzenverbands ‚Bund der Pflegekassen‘ verwaltet. Zusammen mit den nachfolgenden Organisationen - und unter Beteiligung des Verbands der privaten Krankenversicherungen - verwalten sie die Organisation der Langzeitpflegeaufgaben nach dem Prinzip der Selbstverwaltung:

- Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe;
- Die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände;
- Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste.

Insgesamt sind die Pflegekassen *„in erster Linie für Kapazitätsplanung, Überwachung der Organisation des Pflegeangebots und die Bewertung der Langzeitpflege, aber auch für Qualitätskontrolle zuständig“<sup>24</sup>*.

Die Ermittlung des Bedarfs an personen- und haushaltsnahen Pflegeleistungen wird von einer

---

<sup>20</sup> Schulz, E., 2010

<sup>21</sup> Kümmerling, A., And who cares for the carer? Elderly Care Work in Germany, Walzing social partnership series 2011.16., September 2011

<sup>22</sup> Schulz, E., 2010

<sup>23</sup> Kümmerling, A., 2011

<sup>24</sup> Schulz, E., 2010

der 15 Medizinischen Gutachterkommissionen (vom Medizinischen Dienst der gesetzlichen Krankenversicherung) vorgenommen, die feststellen, ob ein Bürger Anspruch auf Leistungen hat.

Zusammen mit den oben genannten Verbänden erstellt die Medizinische Gutachterkommission der Krankenversicherungen Leitlinien für die Qualitätskontrolle in Heimen oder für Leistungen der häuslichen Pflege. Darüber hinaus ist der Medizinische Dienst für die Durchführung von Qualitätsaudits zuständig.

## 3. ARBEITS- UND BESCHÄFTIGUNGSQUALITÄT

### 3.1. Berufliche Laufbahn und Beschäftigungssicherheit

Wie bereits gesagt, werden Tätigkeiten der informellen Pflege in Deutschland häufig von einigen Mitgliedern der Familien von Leistungsempfängerin gemeinsam übernommen. Tatsächlich schätzt man, dass es bei einer Gesamtbevölkerung von 82,2 Millionen 5 bis 7 Millionen „*Familienangehörige, die Hilfe oder persönliche Pflege gleich welcher Art leisten*“<sup>25</sup> gibt. Andererseits waren im Jahre 2007 nach den Langzeitpflegestatistiken des deutschen Bundesamtes für Statistik und einer Berechnung des DIW Berlin nur 236.162 Personen als Angestellte im Bereich der häuslichen Pflegeleistungen beschäftigt<sup>26</sup>. Selbst wenn man die niedrige Schätzung zu Grunde legt (d.h. 5 Millionen informelle Pflegekräfte), würden als Angestellte beschäftigte Pflegekräfte nur 4,5 % aller Personen ausmachen, die 2007 Langzeit-Pflegeleistungen erbrachten.

Daher sind die Perspektiven für eine berufliche Laufbahn und Beschäftigungssicherung für häusliche Pflegekräfte in Deutschland relativ schwierig, da es bei den meisten, diese Aufgaben übernehmenden Personen kein Vertragsverhältnis gibt. Noch schlimmer ist, dass sie tendenziell arbeitslos sind, die Zahl ihrer Arbeitsstunden reduzieren oder ihre Arbeitsplätze aufgeben, um die Pflege ihrer Angehörigen zu übernehmen: nach einer Umfrage aus dem Jahre 2012 hatten 50-60 % der informellen Pflegekräfte im Alter zwischen 15 und 64 Jahren kein Beschäftigungsverhältnis, und nur 19-32 % von ihnen hatten eine Vollzeitbeschäftigung<sup>27</sup>. Eine direkte Folge davon ist eine zweifellos fehlende berufliche Perspektive für Frauen mit pflegebedürftigen Angehörigen: wenn Söhne in erster Linie bei finanziellen Angelegenheiten Hilfe leisten, so sind Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter in erster Linie für die persönliche Pflege ihrer Familienangehörigen verantwortlich: dazu berichtet die ENEPRI-Studie<sup>28</sup>, dass „28 % [der Leis-

---

<sup>25</sup> Schulz, 2010 (S.14)

<sup>26</sup> *Ibid.* (S.45)

<sup>27</sup> Schneekloth, U., Leven, I., Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland, Infratest Sozialforschung, München, 2003

<sup>28</sup> Schulz, 2010 (S.14)

*tungsempfänger] Hilfe von ihrem Partner, 32 % von der Tochter oder Schwiegertochter und 10 % Hilfe vom eigenen Sohn (Haupt-Pflegekraft) erhalten.“*

Andererseits kann man bei diesem speziellen Thema weitere Schlussfolgerungen aus dem Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen ableiten. Nach den Statistiken der staatlichen Minijobverwaltung („Minijobzentrale“) waren im Juni 2012 mehr als 240.000 sozialversicherungspflichtige ArbeitnehmerInnen in Privathaushalten (d.h. mit haushaltsnahe Dienstleistungen) beschäftigt. Nach heutigem Stand betrifft die formale Erbringung von haushaltsnahen Dienstleistungen 3,1 Millionen Haushalte in Deutschland<sup>29</sup>. Obwohl diese Messung keine signifikanten Auswirkungen auf die Beschäftigung insbesondere im PHS-Bereich hat, wurde ein Anstieg von gering entlohnten und unsicheren Beschäftigungsformen einschließlich einer Zunahme der Erwerbsarmut beobachtet<sup>30</sup>.

### 3.1.1. Beschäftigungsstatus

#### **Vertragsverhältnis zwischen Arbeitgeber und ArbeitnehmerIn**

Nach Aussage von Prognos beschäftigten 40 % der auf Pflege und haushaltsnahe Dienstleistungen zurückgreifende Haushalte (für Pflege- und Betreuungsleistungen zusammen) formell im Rahmen des Minijobsystems angestellte Personen (direktes Beschäftigungsverhältnis), zwei 30 % hatten Verträge mit Selbständigen (direktes Beschäftigungsverhältnis) und 28 % wandten sich an andere Anbieter von Pflege und haushaltsnahen Dienstleistungen (dreiseitige Beschäftigungsverhältnis). Wie bereits ausgeführt werden Pflege und haushaltsnahe Dienstleistungen häufig von anderen Angehörigen des eigenen Haushalts oder sogar von einigen ehrenamtlichen beispielsweise im Rahmen von religiösen Einrichtungen erbracht<sup>31</sup>.

In der Langzeitpflege (LTC) teilen sich Privatwirtschaft und Verbände den Markt für Pflegedienste für Pflegebedürftige mit einem Anteil von fast zwei Dritteln bzw. 37%<sup>32</sup>. Daher gelten für den größten Teil des formellen Langzeitpflegemarktes in Deutschland dreiseitige Beschäftigungsverhältnisse.

Generell befinden sich die bei Pflegediensten bzw. Anbietern von Pflege und haushaltsnahen Dienstleistungen in einer besseren Situation als die direkt in Privathaushalten beschäftigten, sofern es die Stabilität, Aussicht auf ein langfristiges Beschäftigungsverhältnis, Urlaub und Krankengeld, Schulungsmöglichkeiten, regelmäßigen Austausch mit Kollegen und die Vielfalt der Aufgaben anbelangt.

---

<sup>29</sup> Prognos, Dynamisierung des Marktes haushaltsnaher Dienstleistungen, 2012. Online: <http://bit.ly/1Q5bVbr>

<sup>30</sup> Farvaque, N., Developing personal and household services in the EU - A focus on housework activities, Report for the DG Employment, ORSEU, 2013

<sup>31</sup> European Commission, European Employment Policy Observatory, June 2015

<sup>32</sup> Kümmerling, A., 2011

## Art des Arbeitgebers

Im Dezember 2013 befanden sich 64 % der 12.700 ambulanten Pflegedienste im Privatbesitz, 35 % waren Eigentum von karitativen Organisationen wie der Diakonie und der Caritas und 1 % verblieben für staatliche Organisationen.

Vollzeit arbeitende Selbstständige sind unterrepräsentiert, weil sie den vollen Satz der Sozialversicherungsbeiträge übernehmen und daher nicht mit den geringen Stundenlöhnen von im Rahmen eines Minijobs beschäftigten Personen oder illegalen ArbeitnehmerInnen konkurrieren können<sup>33</sup>.

Man muss festhalten, dass (arbeitende) pflegende Familienangehörige häufig zusätzlich privat finanzierte Pflegekräfte engagieren. Ihre Zahl wurde im Jahr 2008 auf 100.000 Personen geschätzt<sup>34</sup>. Insbesondere Personen über 80, die allein leben und bei Tätigkeiten des täglichen Lebens wesentliche Einschränkungen aufweisen, engagieren weitere Haushaltshilfen.

## Regularisierung nicht angemeldeter Erwerbstätigkeit

Das Modell des direkten Beschäftigungsverhältnisses hat zur Folge, dass großer Prozentsatz der PHS von Einzelpersonen und darunter auch nicht angemeldeten Erwerbstätigen erbracht wird. Aber deren Zahl kann nur geschätzt werden: nach verschiedenen Quellen erreicht die nicht angemeldeter Erwerbstätigkeit in Privathaushalten in Deutschland bis zu 90-90 %, was im Vergleich zu anderen europäischen Ländern besonders hoch ist<sup>35</sup>. Illegal beschäftigte ArbeitnehmerInnen haben keinen Anspruch auf Sozialhilfe, gesetzlichen Mindestlohn, Kranken- oder Unfallversicherung, Urlaub, krankheitsbedingte Fehlzeiten, Arbeitslosengeld oder Rente. Die Zahl der im Bereich der Pflege und haushaltsnahen Dienstleistungen illegal beschäftigten ArbeitnehmerInnen aus dem Ausland wird auf 100.000 geschätzt. Weil sie nicht angemeldet sind, genießen Sie keinerlei sozialen Schutz. Sie sind häufig für die Tätigkeit nicht qualifiziert und arbeiten länger als normalerweise zulässig. Das scheint insbesondere bei Unterbringung im gleichen Haushalt der Fall zu sein.

Es gibt mehrere Instrumente, die eine Überführung in angemeldete Erwerbstätigkeiten im Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen und sozialen Pflegedienste unterstützen. Das wichtigste ist der sogenannte Minijob<sup>36</sup>.

Aber die Tatsache, dass die Wohnung der Leistungsempfänger/Kunden unter gesetzlichem Schutz steht, hindert die zuständige Behörde (d.h. den Zoll) daran zu kontrollieren, ob der Mindestlohn und die Arbeitszeiten von den Haushalten/Arbeitgebern eingehalten werden oder ob

---

<sup>33</sup> European Commission, European Employment Policy Observatory, June 2015

<sup>34</sup> Schulz, E., 2010

<sup>35</sup> POUR LA SOLIDARITÉ, 2012, S. 21—25.

<sup>36</sup> Cools, F., Stokkink, D. (dir.), Maarten, G., Valsamis, D., Februar 2013

ein legaler Vertrag vorhanden ist. Die Bundesregierung hat keine weiteren Maßnahmen erwo-gen, um informelle Beschäftigung in Haushalten aufzuspüren.

## **Wanderarbeit**

Wie bereits gesagt, greifen Familien auf weitere informelle Hilfskräfte zurück. Dies ist insbeson-dere der Fall, wenn die Leistungsempfänger 24-stündige Aufsicht brauchen, sich aber für eine Alternative zur Heimpflege entscheiden. Wegen ihrer geringeren Entlohnung erhalten Pflege-kräfte aus Ost-Mittleuropa normalerweise den Vorzug<sup>37</sup>. Die Zahl der nicht angemeldeten Er-werbstätigen aus Mittel- und Osteuropa wird auf 100.000 bis 150.000 geschätzt<sup>38</sup>.

### 3.1.2. Einkünfte und Entlohnung

Ab Januar 2015 trat ein branchenübergreifender Mindestlohn von € 8,50 in Kraft. Zwar ging die Zahl der Minijobs zwischen Dezember 2014 und März 2015 um 3,6 % zurück, aber das scheint sich eher auf die geringfügige Beschäftigung im kommerziellen Sektor als auf Privathaushalte ausgewirkt zu haben<sup>39</sup>.

Wie jedoch bereits gesagt und weil die Pflege und haushaltsnahen Dienstleistungen im Haus-halt der Leistungsempfänger ausgeübt werden, ist es für den (für die Überwachung der Einhal-tung des Mindestlohns zuständigen) Zoll schwer sicherzustellen, dass die Arbeitszeiten von direkt im Haushalt beschäftigten ArbeitnehmerInnen mit ihrem tatsächlichen Lohn in Einklang stehen.

Im Pflegebereich gilt ein Mindestlohn für die Branche. Er gilt für ambulante Pflegedienste und) Tätigkeiten außerhalb des Pflegesektors wie Kochen, Raumpflege, Hauswirtschaft oder Gar-tenarbeit aus. Aus diesem Grund überstieg der Mindestlohn im Pflegesektor den allgemeinen Mindestlohn in den alten Bundesländern um €0,90 und in den neuen Bundesländern um € 0,15<sup>40</sup>.

Außerdem wird in Fällen von Langzeitpflege für Senioren in ihren eigenen Wohnungen berich-tet, dass manche Anbieter noch nicht einmal die Benzinkosten ihrer ArbeitnehmerInnen oder deren Fahrtzeit zum Arbeitsplatz übernehmen, wodurch die sich die Einkünfte einiger Pflege-personen verringern.

Pflegende Familienangehörige werden gegebenenfalls dank der von der gepflegten Person be-zogenen Geldleistungen entlohnt. Die Höhe der Leistungen ändert sich je nach Pflegebedarf.

---

<sup>37</sup> Schulz, E., 2010

<sup>38</sup> Pennekamp, J., Geschäfte in der Grauzone. Faz-online: <http://www.faz.net/>: <http://bit.ly/1JsKLJp>. Zuletzt einge-sehen am 17/08/2015

<sup>39</sup> European Commission, European Employment Policy Observatory, June 2015

<sup>40</sup> European Commission, European Employment Policy Observatory, June 2015

Angestellte Pflegekräfte mit (freier) Unterkunft und Verpflegung verdienen durchschnittlich zwischen €800 und €1.200.

Amtliche Daten über das durchschnittliche Monatseinkommen zeigen, dass jüngere, im Sektor der ‚Privathaushalte und HausgehilfInnen‘ beschäftigte Frauen zwischen 50 und 64 Jahren weniger verdienen als Frauen zwischen 25 und 49 Jahren. Dies passt nicht zur Realität der Durchschnittseinkünfte in anderen Sektoren. Außerdem wurde bei vollzeitbeschäftigten Pflegepersonen und ArbeitnehmerInnen in Haushalten festgestellt, dass sie im Vergleich zum monatlichen Bruttoeinkommen eines/einer durchschnittlichen ArbeitnehmerIn ungefähr die Hälfte verdienen<sup>41</sup>.

### 3.1.3. Sozialer Schutz

#### **Zugang zu sozialem Schutz, Rente**

Alle aktiven Erwerbstätigen (als Personen definiert, die mehr als 18 Stunden wöchentlich arbeiten) sind gesetzlich verpflichtet, den Sozialversicherungssystemen anzugehören; dadurch wird der Schutz fast universell. Mitgliedschaft in einer Sozialversicherung ist für Personen mit Krankenversicherungsschutz verbindlich vorgeschrieben. Die gesamte Unterstützung für Pflegekräfte in Deutschland wird über das System der Pflegeversicherung geleistet. Daher hängt der Zugang informeller Pflegekräfte zu dieser Unterstützung ausschließlich vom Versicherungsanspruch der gepflegten Person ab. Zu den Leistungen für informelle Pflegekräfte zählen: Entlastungspflege, Urlaubs- oder Vertretungspflege, technische Hilfsmittel (wie Geräte für die häusliche Pflege) oder Versicherungsschutz (Rentenversicherung und Unfallversicherung für informelle Pflegekräfte)<sup>42</sup>. Die Pflegeversicherungen (LTCl) können sogar ihre Rentenversicherungsbeiträge bezahlen; die Voraussetzungen dafür sind, dass die Pflegeleistungen über mindestens 14 Stunden wöchentlich erbracht werden und die betreffende Person arbeitslos oder weniger als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Im Falle von selbstständigen Pflegepersonen oder bei einem Pflegedienst oder gemeinnützigen Organisationen beschäftigten Pflegepersonen werden Sozialversicherungs- und Rentenbeiträge übernommen und diese profitieren daher.

Bei im Rahmen eines Minijobvertrags beschäftigten Personen sind Sozialversicherungsbeiträge zwar geringer bzw. null für den/die Beschäftigten (dank des höheren Beitrags der Arbeitgeber), bleiben aber auch im Minijob-System weiter vorgeschrieben. Trotzdem berechtigt dieser Status eigentlich ArbeitnehmerInnen nicht zu Sozialversicherungsleistungen; ein weiterer Arbeitsplatz kann einen Sozialversicherungsanspruch für Minijobber begründen, wenn die Beiträge aus ihren Minijobs kumuliert werden können. Aber Ende 2011 hatte die Mehrheit aller Minijobber (d.h. 5 Millionen Erwerbstätige) nur einen Minijob. Einige hatten andere Einkünfte wie Renten oder

---

<sup>41</sup> *Ibid.*

<sup>42</sup> Cools, F., Stokkink, D. (dir.), Maarten, G., Valsamis, D., February 2013



Arbeitslosengeld. Darüber hinaus haben ArbeitnehmerInnen die Möglichkeit, die zur Zahlung zu ihrem Rentenbeitrag (13,9 % im Falle von Pflege und haushaltsnahen Dienstleistungen) zu bezahlen, aber dieses nicht verbindlich vorgeschrieben. Man kann leicht den Schluss ziehen, dass die von den Minijobs geschaffene Struktur in Bezug auf sozialen Schutz und Renten kein sicheres Sozialversicherungsnetz für PHS-Erwerbstätige darstellt. Infolgedessen werden einem signifikanten Anteil der Minijob in Zukunft Ansprüche fehlen<sup>43</sup>.

### 3.1.4. Arbeitnehmerrechte

Eine der unmittelbaren Folgen des Rückgriffs auf informelle Beschäftigung bei der Erbringung von personen- und haushaltsnahen Dienstleistungen ist ein gewisses Organisationsdefizit bei den ArbeitnehmerInnen. Dadurch ergibt sich eine schlechtere Position in Verhandlungen über Löhne, Arbeitsbedingungen, Aufgaben etc.. Aber der „Bundesverband Haushaltsnaher Dienstleister“<sup>44</sup> ist eine Gruppe, die die Interessen einer sehr homogenen Gruppe kommerzieller Anbieter von Haushaltsdienstleistungen vertritt.

Außerhalb des Pflegesektors werden Tarifverhandlungen traditionell zwischen den Arbeitnehmervertretern (der Gewerkschaft Nahrungsgenuss erstellten) und dem Arbeitgeberverband DHB (Netzwerkhaushalt) ausgehandelt. Sie wären verbindlich, wenn 50 % der Arbeitgeber dem DHB angehören würden, aber das ist nicht der Fall. Selbst wenn diese ursprünglich für Teilbranchen vereinbarten Tarifverträge auf den gesamten Sektor ausgedehnt wurden, fallen die meisten ArbeitnehmerInnen außerhalb des Pflegesektors nicht unter einen Tarifvertrag. Glücklicherweise stellt das neue Gesetz von 2015 sicher, dass jetzt alle ArbeitnehmerInnen unter dem gesetzlichen Mindestlohn von € 8,50 fallen<sup>45</sup>.

## 3.2. Qualifizierung und Professionalisierung

### 3.2.1. Qualifizierung und Ausbildung

Nach Aussage des Statistischen Bundesamts (2015) beschäftigten die meisten ambulanten Pflegedienste 2013 ausgebildete Krankenschwestern/Krankenpfleger oder PflegehelferInnen (siehe die nachfolgende Abbildung)<sup>46</sup>.

Abbildung 3 Berufliche Qualifikation von bei ambulanten Pflegediensten beschäftigten Personen im Jahre 2013.

---

<sup>43</sup> European Commission, European Employment Policy Observatory, June 2015

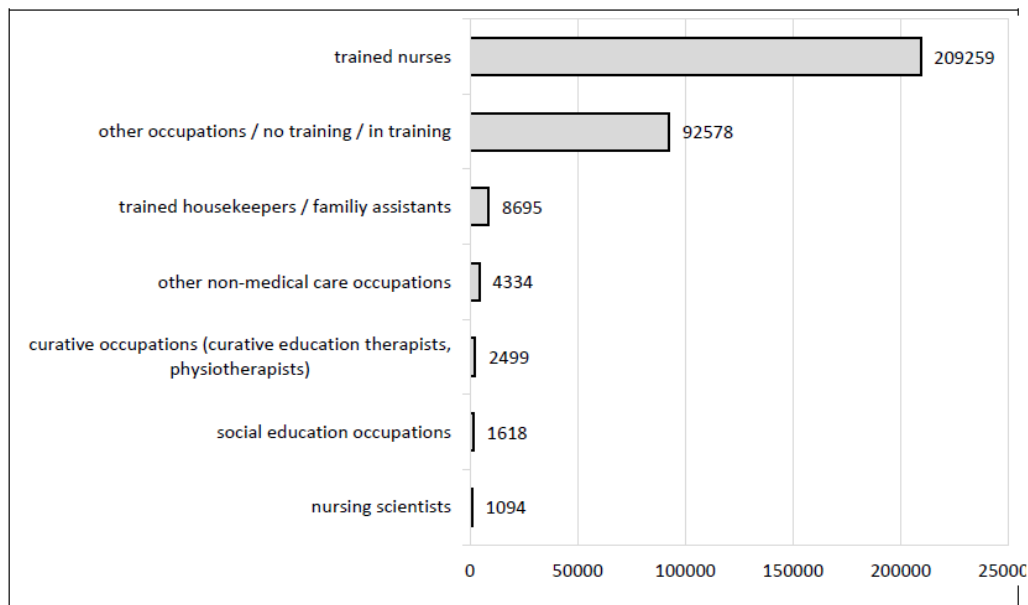
<sup>44</sup> For more information: <http://www.dhb-netzwerk-haushalt.de/tarifvertraege.html>

<sup>45</sup> European Commission, European Employment Policy Observatory, June 2015

<sup>46</sup> *Ibid.*



Figure 3 Professional qualifications of persons employed in outpatient nursing services companies in 2013



Source: Own representation based on German Federal Health Monitoring data<sup>16</sup>

Bei persönlichen und haushaltsnahen Pflegedienstleistungen halten die hohen Qualifizierungskosten ambulante Pflegedienste von der Ausbildung ihrer ArbeitnehmerInnen ab, die normalerweise in stationären Pflegeeinrichtungen ausgebildet werden, bevor sie in ambulante Pflegedienste wechseln.

Im Falle von Betreuungsdiensten werden die erforderlichen Qualifikationen häufig unterschätzt: Sprachkenntnisse, Umgangsformen, Gründlichkeit, Flexibilität, die Fähigkeit zum eigenständigen Arbeiten und zur Anpassung an zunehmende physische Belastungen etc.<sup>47</sup>. Für HauswirtschaftlerInnen gibt es eine dreijährige Ausbildung, die nach Aussage von Experten nicht der sozialen Kompetenz entspricht, die für eine solche Stelle gebraucht wird<sup>48</sup>. Weniger als 8700 Personen wurden von derartigen Unternehmen 2013 als HauswirtschaftlerInnen ausgebildet. Man muss festhalten, dass die Arbeitslosigkeit qualifizierte HauswirtschaftlerInnen in Deutschland im Durchschnitt stärker getroffen hat als andere Berufe.

Informelle Pflegekräfte haben übrigens im Rahmen der Pflegeversicherung einen Anspruch auf kostenlose Weiterbildungskurse. Die Länder sind für die Qualifizierung der ArbeitnehmerInnen mit schutzbedürftigen Personen arbeitenden erwerbstätig zuständig.

<sup>47</sup> *Ibid.*

<sup>48</sup> *Ibid.*

### 3.2.2. Rekrutierung und Personalmangel

Der Bedarf an personen- und haushaltsnahen Dienstleistungen und insbesondere der Betreuungsbedarf für abhängige Personen weisen meist einen starken Bezug zum Alter auf.<sup>49</sup> Daher prognostiziert das Bundesamt für Statistik aufgrund der alternden Bevölkerung einen Anstieg der langfristig Pflegebedürftigen von 2,3 Millionen Menschen im Jahre 2011 auf 3,2 Millionen im Jahre 2030 und auf 4,2 Millionen im Jahr 2050<sup>50</sup>. Außerdem wird die Zahl der deutschen Erwerbstätigen wegen signifikanter demographischer Veränderungen sinken. Deutschland wird wahrscheinlich weitere Zuwanderer suchen für Pflege und haushaltsnahe Dienstleistungen suchen, insbesondere aus Drittstaaten<sup>51</sup>.

Wie die meisten europäischen Länder verzeichnet auch Deutschland einen generellen Personalengpass im Langzeitpflegesektor und insbesondere in der Kategorie der qualifizierten ArbeitnehmerInnen für den Altenpflegesektor<sup>52</sup>.

Dies ist insbesondere der Fall bei Pflegediensten. Obwohl sie durch Bündelung der Nachfrage Vollzeitstellen schaffen können, sehen sich Pflegedienste mit Rekrutierungsproblemen konfrontiert, weil ArbeitnehmerInnen häufig zögern, eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufzunehmen, weil dies ihre Entlohnung reduziert. Regionale Unterschiede beim Angebot qualifizierter ArbeitnehmerInnen verstärken dieses Problem der Rekrutierung und erklären, warum Pflegedienste Schwierigkeiten haben, die Nachfrage nach Pflege und haushaltsnahen Dienstleistungen zu befriedigen. Die geringe Attraktivität von Betreuungsdiensten kann ein weiterer Grund sein, der diese Rekrutierungsschwierigkeiten erklärt<sup>53</sup>.

## 3.3. Gesundheit und Wohlbefinden

### **Krankheitsbedingte Fehlzeiten**

Die Mittel der Pflegeversicherung decken die Aufwendungen einer Pflegefachkraft oder eines/einer anderen Familienangehörigen in einer Situation, in der die informelle Pflegeperson erkrankt ist, bis zu einem Zeitraum von vier Wochen jährlich bzw. bis zu einem Betrag von € 1.470. In diese Höchstdauer von vier Wochen Urlaub ist jedoch auch der Jahresurlaub einbezogen. Bei Pflegefachkräften in der Altenpflege gibt es tendenziell mehr Krankmeldungen als bei ArbeitnehmerInnen in anderen Sektoren<sup>54</sup>.

---

<sup>49</sup> Schulz, E., 2010

<sup>50</sup> German Federal Ministry of Health, Selected facts and figures about long-term care insurance, (2012a), <http://www.bmg.bund.de/>: <http://bit.ly/1E6Lu5>. Last consultation on 20/08/2015.

<sup>51</sup> Eurofound, 2013

<sup>52</sup> Berringer, C., Suhr, R., 2013

<sup>53</sup> European Commission, European Employment Policy Observatory, June 2015

<sup>54</sup> Kümmerling, A., 2011

## Arbeitsbedingter Stress

Bei Langzeitpflegetätigkeiten berichten Studien über einen im Laufe der Jahre gestiegenen Zeitdruck sowie immer mehr Verwaltungstätigkeiten und Arbeitsintensivierung. Letztere ergibt sich aus den starken Leitlinien, die von den ArbeitnehmerInnen einzuhalten sind. Außerdem zeigen einige Studien, dass die für die Fahrt von der Wohnung eines Patienten zu einem anderen angesetzte Zeit nicht realistisch ist und damit ab dem ersten Patienten des Tages zu Verspätungen führt<sup>55</sup>. Dieselbe Studie, die auf der Analyse der Aussagen von Betroffenen im ganzen Land basiert, erwähnt auch die Tatsache, dass einige ArbeitnehmerInnen über den starren Rahmen klagen, der für jede Pflegetätigkeit (für Senioren) vorgesehen ist, weil ihnen dadurch wenig Zeit eingeräumt wird, eine Beziehung zu den Nutzern aufzubauen oder ihre Pflegetätigkeit auf deren tägliche Bedürfnisse abzustimmen; dies kann moralische Konflikte und zusätzlichen Zeitdruck verursachen.

Bei informellen Pflegekräften bieten die Pflegeversicherungen Beratungsdienste einschließlich der Möglichkeit an, bei der Pflegeversicherung einen individuellen Ansprechpartner zu bekommen.

## Härte der Arbeit

Tätigkeiten in der häuslichen Pflege/im Haushalt sind für ihre hohen physischen und emotionalen Anforderungen bekannt, und die Kontrollen werden insbesondere durch das hohe Niveau der informell Beschäftigung in diesem Sektor erschwert. Tatsächlich hat eine Umfrage gezeigt, dass 50 % der älteren Pflegekräfte nicht glauben, dass sie die gleiche Tätigkeit bis zum Rentenalter weiter ausüben können<sup>56</sup>. Die Arbeit scheint in der ältesten Altersgruppe (80+) besonders anspruchsvoll zu sein: bei älteren Pflegebedürftigen werden häufig Pflegefachkräfte als zusätzliche Hilfe angefordert<sup>57</sup>. 2007 waren fast alle Empfänger von Sachleistungen (formale Pflege- und Haushaltsdienstleistungen) mindestens 80 Jahre alt.

Insgesamt unterscheiden sich die Arbeitsbedingungen stark von einem Patienten zum anderen; die in den Wohnungen der Nutzer vorhandenen Geräte und Einrichtungen (Hebehilfen, spezielle Betten etc.) sind keinesfalls alle gleich. Es wird außerdem berichtet, dass die Art der Tätigkeit den häuslichen Pflegekräften nur wenige Möglichkeiten gibt, tätigkeitsbezogene Fragen zu diskutieren. Das kann in gewisser Weise ein Gefühl der Isolation auslösen.

---

<sup>55</sup> *Ibid.*

<sup>56</sup> *Ibid.*

<sup>57</sup> Schulz, E., 2010.

### 3.4. Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Der Anteil der Teilzeit-Beschäftigungsverhältnisse im Bereich der häuslichen Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung in Deutschland beläuft sich auf 70,6 %<sup>58</sup>. Tatsächlich heißt es in der Walqing-Studie<sup>59</sup>, dass viele Anbieter von Langzeitpflegeleistungen für Senioren auf Teilzeitbeschäftigte und marginale Teilzeitbeschäftigte zurückgreifen um sicherzustellen, dass sie insbesondere in den Spitzenzeiten allen Patienten die geforderte Aufmerksamkeit geben können (Morgen- und Abendtoilette, Mahlzeiten etc.).

Die gleiche Studie berichtet, dass einige Gewerkschaftsvertreter beobachtet haben, dass die marginale Teilzeitarbeit in der häuslichen Pflege sich im Langzeitpflegesektor insgesamt signifikant erhöht hat<sup>60</sup>. Dort heißt es auch, dass TeilzeitarbeitnehmerInnen „*eher dazu neigen, (nicht vergütete) Überstunden zu leisten und häufig mit schlechten Arbeitszeiten oder in geteilten Schichten arbeiten (2 Stunden morgens, 2 Stunden abends).*“ Man kann daraus schließen, dass marginal beschäftigte Pflegekräfte im Langzeitpflegesektor in Deutschland besonders gefährdet sind.

Seit 2015 ist eine neue Maßnahme in Kraft getreten, um das nicht über den Markt angebotene Angebot von Pflege und haushaltsnaher Dienstleistungen durch Familienangehörige zu fördern (Familienpflegezeitgesetz). Damit werden Familienangehörige pflegende ArbeitnehmerInnen in die Lage versetzt, ihre Arbeitszeit bis zu 24 Monate lang auf 15 Stunden wöchentlich zu reduzieren.

Eine zunächst 2008 gestartete und vom Europäischen Sozialfonds finanzierte Kommunikationskampagne versucht, eine bessere Vereinbarkeit von Arbeit und familiärer Pflege durch Information der in den Arbeitsmarkt nach einer Familienpflegepause wieder eintretenden Personen zu fördern, in die man über vorhandene Wege zur Beschaffung von Pflege und haushaltsnahen Dienstleistungen informiert<sup>61</sup>.

---

<sup>58</sup> Eurofound, 2013

<sup>59</sup> Kümmerling, A., 2011 (S.6)

<sup>60</sup> *Ibid.*

<sup>61</sup> European Commission, European Employment Policy Observatory, June 2015.

## 4. QUALITÄT DER LEISTUNGEN

Generell werden personen- und haushaltsnahe Dienstleistungen nicht vom öffentlichen Sektor angeboten, aber dieser spielt bei der Regulierung der Qualität der personenbezogenen Dienstleistungen eine wichtige Rolle, weil auf Bundesebene Qualitätskriterien formuliert wurden.

Das informelle Angebot von Pflege und Haushaltsplandienstleistungen wird als Hindernis für die Professionalisierung und damit die Qualität derartiger Dienstleistungen angesehen. Aber dieser Rückgriff auf informelle Beschäftigung ist durch die fehlenden Informationen über lokale Anbieter von Pflege und haushaltsnahen Dienstleistungen oder die Bürokratie zu erklären, die mit der direkten Beschäftigung einer Pflegeperson verbunden ist.

Im Januar 2015 trat das Erste Pflegestärkungsgesetz in Kraft. Kurzzeitpflege, Entlastungspflege, Tages- und Nachtpflege werden ausgebaut und besser miteinander koordiniert, um Erleichterungen für Personen mit Langzeitpflegebedarf sowie pflegende Familienangehörige zu schaffen. Personen mit dem Pflegegrad 0 (vorrangig unter Demenz leidende Personen) haben damit zum ersten Mal Anspruch auf Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege<sup>62</sup>.

### 4.1. Verfügbarkeit von Leistungen

persönliche und haushaltsnahe Dienstleistungen werden in Deutschland nach dem Prinzip der „Pflege in der eigenen Wohnung vor stationärer Pflege“ über Pflegegeld oder Sachleistungen für häusliche Pflege angeboten.

2013 schätzte das Bundesgesundheitsministerium die von der gesetzlichen Pflegeversicherung abgedeckte Zahl der Bürger auf 69,8 Millionen, während 9,5 Millionen Bürger im Rahmen einer privaten Pflegeversicherung versichert waren<sup>63</sup>. Selbst wenn die Zahl der pflegebedürftigen Personen schwer zu quantifizieren ist, wird geschätzt, dass 3 Millionen Menschen Hilfe im Haushalt (meistens Hausarbeit) brauchen würden, die Anspruchskriterien der privaten und gesetzlichen Pflegeversicherungen jedoch nicht erfüllen. Außerdem sind seit Juli 2008 zwei Jahre erforderlich, bis man Anspruch auf Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung hat. Aber dies sind trotzdem drei Jahre weniger als zuvor<sup>64</sup>. Aus diesem Grund stützt sich das System der persönlichen Pflegeleistungen in Deutschland stark auf die Familien und informelle Pflegepersonen. In den meisten Fällen übernehmen Töchter, Schwiegertöchter oder EhegattInnen zwischen 50 und 65 Jahren die Pflege ihrer Angehörigen. Diese Generation gehört zur Gruppe der Babyboomer. Wenn diese Generation ab 2025 80 Jahre oder älter ist, werden die heute als

---

<sup>62</sup> Federal Ministry of Health, Long-term care, First Act to Strengthen Long-term Care, <http://www.bmg.bund.de/en/http://bit.ly/1GOVUmR>. Last consultation on 30/10/2015

<sup>63</sup> European Commission, Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society - Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission, 2014

<sup>64</sup> Schulz, E., 2010.

pflegende Familienangehörige tätigen wahrscheinlich selbst Hilfe brauchen, und man erwartet eine zunehmende Nachfrage nach professioneller Pflege<sup>65</sup>.

## 4.2. Erschwinglichkeit

Arbeiten im Haushalt werden häufiger von Personen mit höherem Einkommen, erwerbstätigen Müttern, älteren Personen und Haushalte nachgefragt, die im Rahmen der Pflegeversicherung Leistungen beziehen. Sie werden im westlichen Teil Deutschlands doppelt so häufig nachgefragt wie von Haushalten auf dem Gebiet der früheren Deutschen Demokratischen Republik<sup>66</sup>. Bei Rückgriff auf Pflege und haushaltsnahe Dienstleistungen durch ein Unternehmen haben die Kunden den Vorteil von weniger Bürokratie, die Möglichkeit bei Bedarf einen/eine ArbeitnehmerIn zu wechseln (bei unbefriedigender Leistung oder Erkrankung eines/einer ArbeitnehmerIn, eine Haftpflichtversicherung durch den Dienstleister, Flexibilität bei Arbeitszeit und der Nachfrage nach Dienstleistungen etc.. Aber Haushalte mit bescheidenen Einkünften können sich unter Umständen die höheren Stundensätze nicht leisten, die aufgrund der Mehrwertsteuer und einer höheren Lohnsteuer entstehen, die für die gewerblichen Anbieter von Pflege und haushaltsnahen Dienstleistungen anfallen. Daher tendieren sie dazu, preiswerte ArbeitnehmerInnen für Pflege und haushaltsnahe Dienstleistungen zu beschäftigen, die illegal oder im Rahmen des Minijob-Systems arbeiten. Die Senkung der Mehrwertsteuer für haushaltsnahe Dienstleistungen löste bereits in den 1990ern eine Debatte mit dem Ziel aus, die Kosten für die letztendlichen Leistungsempfänger zu senken. Aber haushaltsnahe Dienstleistungen wie Raumpflege werden insbesondere von Haushalten mit hohem Einkommen nachgefragt; daher wurde beschlossen, eine solche steuerliche Förderung nicht einzuführen<sup>67</sup>.

Andererseits können Pflege bzw. haushaltsnahe Dienstleistungen anbietende karitative Organisationen für von der Pflegeversicherung gedeckte Leistungen von der Mehrwertsteuer befreit werden. Damit werden die karitativen Organisationen befreit, die für ihre Leistungsempfänger Arbeiten im Haushalt anbieten<sup>68</sup>. Wenn es sich um Pflege und haushaltsnahe Dienstleistungen für pflegebedürftige Leistungsempfänger handelt, handeln die Pflegeversicherungen die Leistungen und deren Preise mit dem jeweiligen Pflegeanbieter aus. Da die Verhandlungen kollektiv geführt werden, steigert dies potenziell ihre Nachfragemacht.

Außerdem decken die Pflegeversicherungen einen Festbetrag der Kosten von Nutzern, die sich aufgrund des eigenen Pflegebedarfs und unabhängig von ihrem Alter, Einkünften, Vermögen oder dem Preis für die eigentlichen Leistungen für häusliche Pflege entscheiden. Also geht der Unterschiedsbetrag zu Lasten der Nutzer. Wenn diese sich die Finanzierung des eigenen Anteils nicht leisten können, müssen deren Familien innerhalb gesetzlich festgelegter Grenzen

---

<sup>65</sup> European Commission, 2014

<sup>66</sup> European Commission, European Employment Policy Observatory, June 2015

<sup>67</sup> *Ibid.*

<sup>68</sup> *Ibid.*

einen finanziellen Beitrag leisten: glücklicherweise ist der Begriff der Pflegebedürftigkeit im Sozialhilfegesetz weiter gefasst, und der Unterschied kann von der Sozialhilfe übernommen werden, wenn die Leistungsempfänger oder ihre Kinder bzw. Angehörigen ihn nicht übernehmen können.. Es gibt private Zusatzversicherungen, die Nutzer – und/oder deren Familien – zur Deckung dieser Ausgaben abschließen können<sup>69</sup>. Man berichtet, dass 3 Millionen Personen einen bedeutenden Pflegebedarf haben und trotzdem nicht als pflegeabhängig eingestuft werden<sup>70</sup>.

Wenn Nutzer die Kosten für die Inanspruchnahme von Langzeitpflege nicht - auch nur teilweise - tragen können, können sie bei Bedürftigkeit Sozialhilfe beantragen<sup>71</sup>.

Unter einem anderen Aspekt kann ein pflegender Familienangehöriger bis zu vier Wochen Urlaub in Anspruch nehmen, wobei die Pflegeversicherung die Aufwendungen für eine professionelle Pflegekraft übernimmt. Es gilt jedoch eine auf 1470 € festgelegte Obergrenze<sup>72</sup>.

Abschließend haben im selben Haushalt lebende Personen ab Juli 2008 das Recht, Sachleistungsansprüche zusammenzulegen.

### 4.3. Vollständigkeit der Dienstleistungen

Bei ihren Begutachtungen des Pflegebedarfs von Personen in deren Wohnung konzentrierten sich die Medizinischen Dienste früher weitgehend auf körperliche Bedürfnisse wie persönliche Hygiene, Ernährung und Mobilität. Der Betreuungs- oder Überwachungsbedarf wurde weitgehend übersehen. Aber Personen mit demenziellen Erkrankungen oder Lernbehinderungen brauchen häufig derartige Leistungen<sup>73</sup>. Personen, die bei der Bewältigung ihrer Alltagstätigkeiten Schwierigkeiten haben, werden jetzt anhand anders begutachtet; außerdem haben sie Anspruch in Zukunft auf Leistungen des Pflegegrads 0. Seit Januar 2013 erhalten Leistungsempfänger erweiterte Leistungen und Dienstleistungen, wenn sie die Kriterien für höhere Pflegestufen erfüllen.

Trotzdem besteht bei Nutzern mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung ein Problem durch die fehlende Berücksichtigung des allmählichen Unabhängigkeitsverlusts der Nutzer. Daher könnte eine angepasste Definition der Langzeitpflege dazu beitragen, die Bedürfnisse aller Nutzer mit eingeschränkter Eigenständigkeit mit einzubeziehen.

Zur Messung der Pflegequalität hat Deutschland 2009 die „Transparenzberichte für formelle

---

<sup>69</sup> European Commission, 2014.

<sup>70</sup> Von der Malsburg, A., Isfort, M., Haushaltsnahe Dienstleistungen durch Migrantinnen in Familien mit Pflegebedürftigkeit. 24 Stunden verfügbar – Private Pflege in Deutschland, 2014. Online: <http://library.fes.de/pdffiles/wiso/10811.pdf>

<sup>71</sup> Schulz, E. 2010

<sup>72</sup> *Ibid.*

<sup>73</sup> *Ibid.*



Pflegeleistungen“ eingeführt. Manche Pflegeanbieter und Pflegeheime werden bei den Pflegeversicherungen jährlich vom medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) geprüft. Die MDKs prüfen Pflegeheime anhand von 77 standardisierten Punkten und häusliche Pflegedienste anhand von 49.

Die Leitlinien für die Prüfung werden regelmäßig im Hinblick auf die engsten medizinischen und pflegerischen Innovationen überprüft. Die Ergebnisse der Prüfungen müssen transparent erfolgen, leicht verständlich und verbraucherfreundlich sein. Aber es gibt weiterhin Kritik wegen der Tatsache, dass die Fragestellungen sich nicht genug auf die Ergebnisqualität beziehen, weil es bei den meisten die Qualität von Strukturen und Prozessen geht. Es gab auch einige Kritik an der Tatsache, dass die gleiche Gewichtung aller Fragen es möglich macht, „schlechte Qualität“ in der Pflege durch „gute Qualität“ bei anderen Leistungen auszugleichen. Neue Instrumente bei der Qualität von Pflegeheimen mit Schwerpunkt auf den Ergebnisindikatoren wurden 2014 eingeführt.

#### 4.4. Regulierungsqualität

Der deutsche Pflegemarkt ist stark reguliert, und es gibt genaue Beschreibungen der Art der für einen Patienten erforderlichen Pflege, deren Dauer und Häufigkeit. Darüber hinaus formuliert der Medizinische Dienst der Krankenkassen Leitlinien für die Qualitätskontrolle für Pflegeheime oder ambulante Pflegedienste. Der medizinische Dienst führt auch Qualitätsaudits durch.

2003 standardisierte Deutschland die Bildung für AltenpflegerInnen in einem Bundesgesetz. Daher regulieren die Länder diese Ausbildung nicht mehr selbst. Zum jetzigen Zeitpunkt sind sie nur für die Durchführung der Ausbildung zuständig.

In der Langzeitpflege besteht eine der ersten qualitätssichernden personen- und haushaltsnahen Dienstleistungen für Pflegegeld beziehende Personen darin, dass eine Pflegefachkraft ihre Situation prüft und darüber der Pflegeversicherung Bericht erstattet. Die Verantwortung für die Hinzuziehung einer solchen Pflegefachkraft liegt beim Leistungsempfänger. Je nach Pflegestufe werden Leistungsempfänger zwischen zwei und vier Mal jährlich von einer professionellen Pflegekraft besucht.

Wenn Belastungen bei der Pflege durch informelle Pflegekräfte bewertet werden, wird außerdem, wenn möglich, Hilfe angeboten. Dies kann zu Maßnahmen zur Verbesserung des häuslichen Umfeldes führen<sup>74</sup>.

Man muss außerdem anmerken, dass zwischen 1999 und 2007 die Inanspruchnahme formaler häuslicher oder stationärer Pflege bei allen Pflegestufen zugenommen hat, und damit zu Lasten der Pflegegeldzahlungen der Pflegeversicherungen für das Angebot informeller häuslicher Pflegeleistungen reduzierten. Dies gilt insbesondere für die älteren Altersgruppen.

---

<sup>74</sup> Schulz, E., 2010

Außerdem wurde eine Reihe von guten Praktiken identifiziert. Hier können wir die deutsche ‚Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen‘<sup>75</sup> nennen, die eine detaillierte Liste der Rechte von in Deutschland lebenden und langfristig hilfe- und pflegebedürftigen Menschen enthält. Es wurden auf der Grundlage der Charta mehrere Instrumente zur Kommunikation und Qualitätssicherung entwickelt, wie beispielsweise weitreichende Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung, Instrumente zum auf die Charta abgestimmten Qualitätsmanagement (z.B. Selbstbeurteilung, Qualitätszirkel, Leitbilder, Zielvereinbarungen) und Schulungsmaterialien. Die Charta wird auch dazu verwendet, Instrumente für die externe Qualitätskontrolle und Rechtsetzung zu entwickeln<sup>76 77</sup>.

#### 4.5. Qualität der Management- und Organisationsebene

Für das Management und die Organisation des Angebotes von Langzeitpflegemaßnahmen zuständige Parteien müssen sicherstellen, dass nationale Qualitätsstandards entwickelt und aktualisiert werden.

Häusliche Pflegedienste, die im Rahmen eines Dienstleistungsvertrags anerkannt sind, werden vom Medizinischen Dienst der gesetzlichen Krankenkassen und dessen Gegenstück im Verband der privaten Krankenkassen geprüft.

Wie bereits gesagt wurde das DIN SPEC 77003 Normungsverfahren für 'Personen- und hausnahen Dienstleistungen - Information, Beratung und Vermittlung' im April 2015 veröffentlicht.

---

<sup>75</sup> German Federal Ministry of Family Affairs, Senior Citizens, Women, and Youth and the German Federal Ministry of Health, Charter of Rights for People in Need of Long Term Care and Assistance, 2007: [www.pflege-charta.de:bit.ly/1NCpIlp](http://www.pflege-charta.de:bit.ly/1NCpIlp). Consulted on 18/08/2015

<sup>76</sup> Weitere Informationen unter: <http://wedo.ttp.eu/>: <http://bit.ly/MelgYL>. Zuletzt eingesehen am 18/08/2015

<sup>77</sup> AGE Platform Europe, European Quality Framework for long-term care services, Principles and guidelines for the wellbeing and dignity of older people in need of care and assistance, European project WeDO, 2010-2012.

## 5. BIBLIOGRAPHIE

- AGE Platform Europe, European Quality Framework for long-term care services, Principles and guidelines for the wellbeing and dignity of older people in need of care and assistance, European project WeDO, 2010-2012.
- Berringer, C., Suhr, R., Peer Review on priorities in reform of care services : Recent developments regarding care services in Germany, Sweden, 2013
- Cools, F., Stokkink, D. (dir.), Maarten, G., Valsamis, D., « European evidence paper on the development of personal and household services and the sectors potential to increase employment in Europe » , POUR LA SOLIDARITÉ, February 2013
- Conseil Central de l'Économie, Lettre mensuelle socio-économique, N°190, 30/04/2013, S.10
- Eurofound, More and better jobs in Home-care work, 2013
- European Commission, Staff Working Document on exploiting the employment potential of the personal and household services, SWD (2012) 95 final
- Farvaque, N., Developing personal and household services in the EU - A focus on housework activities, Report for the DG Employment, ORSEU, 2013
- Kümmerling, A., And who cares for the carer? Elderly Care Work in Germany, Working social partnership series 2011.16., September 2011
- POUR LA SOLIDARITÉ, Personal Care Services in Europe: European approaches and perspectives on a challenge for the future, January 2012, S. 24—25.
- Schneekloth, U., Leven, I., Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002, Infratest Sozialforschung, München, 2003
- Schulz, E., Pflegemarkt: Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegengewirkt werden (Care market: the threat of staff shortage can be tackled), *DIW Wochenbericht*, Vol. 51/52, 2012, pp. 3–16
- Schulz, E., The Long Term care system in Germany, ENEPRI report n°78, Juni 2010.

### Online-Quellen:

- Bundesministerium der Finanzen, “Anwendungsschreiben des BMF zu §35a EStG”: <http://www.paritaet-alsopfleg.de> : <http://bit.ly/1TTaCz9>. Zuletzt eingesehen am 19/08/2015
- Bundesministerium für Gesundheit, Ausgewählte Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, (2012a), <http://www.bmg.bund.de/>: <http://bit.ly/1E6Llu5>. Zuletzt eingesehen am 20/08/2015.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit, Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, 2007: [www.pflege-charta.de](http://www.pflege-charta.de): [bit.ly/1NCpIlp](http://bit.ly/1NCpIlp). Eingesehen am 18/08/2015
- International Labour Organisation (ILO), Ratifizierungen von C189, <http://www.ilo.org/>: <http://bit.ly/1Mm9kH2>. Zuletzt eingesehen am 13/08/2015
- Pennekamp, J., Geschäfte in der Grauzone. Faz-online: <http://www.faz.net/>: <http://bit.ly/1JsKLJp>. Zuletzt eingesehen am 17/08/2015

- Wage Indicator and Lohnspiegel, Minimum Wages in Germany with effect from 01-01-2015 <http://www.wageindicator.org/>: <http://bit.ly/1Po6WyJ>. Zuletzt eingesehen am 13/08/2015

## Leistungen der Pflegeversicherung

		früher	Ab 1.7.2008	2010	2012
<b>Häusliche Pflege</b>	<i>Pflegegeld</i>	monatlich bis zu ... Euro			
Geldleistungen	Pflegestufe I	205	215	225	235
	Pflegestufe II	410	420	430	440
	Pflegestufe III	665	675	685	700
Sachleistungen	<i>Pflegeleistungen</i>	monatlich bis zu ... Euro			
	Pflegestufe I	384	420	440	450
	Pflegestufe II	921	980	1040	1100
	Pflegestufe III	1432	1470	1510	1550
	Härtefälle	1918	1918	1918	1918
<b>Entlastungspflege</b>	Bis 4 Wochen/Jahr bis zu ...				
durch nahe Angehörige 1)	Pflegestufe I	205	215	225	235
	Pflegestufe II	410	420	430	440
	Pflegestufe III	665	675	685	700
durch andere	Pflegestufen I bis III	1432	1470	1510	1550
<b>Kurzzeitpflege</b>	bis 4 Wochen/Jahr bis zu ...				
	Pflegestufen I bis III	1432	1470	1510	1550
<b>Teilstationäre Pflege</b>	Monatlich bis zu ...				
	Pflegestufe I	384	420	440	450
	Pflegestufe II	921	980	1040	1100
	Pflegestufe III	1432	1470	1510	1550
<b>Ergänzungsleistungen für Menschen mit erheblichem allgemeinem Pflegebedarf</b>	bis /Jahr				
	Pflegestufen I bis III	460	1200 2400	1200 2400	1200 2400
<b>Vollstationäre Pflege</b>	Monatl. Pauschale				
	Pflegestufe I	1023	1023	1023	1023
	Pflegestufe II	1279	1279	1279	1279
	Pflegestufe III	1432	1470	1510	1550
	Härtefälle	1688	1750	1825	1918
<b>Pflege in vollstationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen</b>	Langzeitpflegeaufwendungen in Höhe von	10% des Satzes für stationäre Pflege, aber nicht mehr als 256 Euro/Monat			
<b>Verbrauchshilfen</b>	bis monatlich	31 Euro			
<b>Technische Hilfen</b>		Meistens auf Leihbasis bereitgestellt, sonst Kostenübernahme von 90%, 10% Zuzahlung bis zu 25 Euro pro Artikel			
<b>Maßnahmen zur Verbesserung des Lebensumfeldes</b>	bis zu... pro Maßnahme	2557 Euro unter Berücksichtigung einer angemessenen Zuzahlung			

Quelle: Schulz, E., The Long Term care system in Germany, ENEPRI Bericht Nr. 78, Juni 2010 (S.31)