



Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung
Studiengang Soziale Arbeit

PFLEGELEISTUNGEN IN DEUTSCHLAND- EINE ÜBERSICHT FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Bachelorarbeit

vorgelegt von
Luisa Labahn

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0746-4

Erstprüferin: Prof. Dr. Stefanie Neumann
Zweitprüferin: Prof. Dr. Britta Tammen

Abkürzungsverzeichnis

%,	Prozent
§	Paragraph
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
iVm	in Verbindung mit
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkasse
MV	Mecklenburg-Vorpommern
SGB	Sozialgesetzbuch
z.B.	zum Beispiel

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	1
1 Einleitung.....	1
2 Herleitung zum Thema- Bezug zur Sozialen Arbeit.....	2
3 Pflegeversicherung.....	3
3.1 Begriff der Pflegebedürftigkeit.....	7
4 Leistungen der Pflegeversicherung	10
4.1 Einstufungsverfahren	10
4.2 Leistungsübersicht.....	12
5 Pflegepersonen	20
5.1 Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege.....	21
5.2 Angebote zur Unterstützung im Alltag	24
5.3 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	26
6 Situation der Pflegeperson/ pflegenden Angehörigen	31
6.1 Belastungen der Pflegeperson/ pflegenden Angehörigen.....	32
6.2 Konfliktbehaftete Zusammenarbeit von professionellen Helfern und Pflegepersonen/ pflegenden Angehörigen	34
7 Soziale Arbeit in der häuslichen Pflege	35
7.1 Versorgungseingliederung.....	36
7.2 Beratung in der Pflege	36
8 Fazit und Ausblick	37
9 Literaturverzeichnis	39
10 Internetquellen	40
11 Abbildungsverzeichnis	40

1 Einleitung

4.322.722 Menschen sind in Deutschland pflegebedürftig. (Stand 31.12.2020, vgl. Bundesministerium für Gesundheit) Die Dunkelziffer ist meist höher. Nahezu jeder kennt jemanden in seinem Umfeld der*die pflegebedürftig ist oder bereits von einem*einer Angehörigen gepflegt wird oder Unterstützung benötigt. Ob der Mensch Leistungsempfänger*in der Pflegeversicherung ist, ist unklar. Die knapp vier Millionen genannten Menschen sind Empfänger*innen von Leistungen der Pflegeversicherung, sind also einem Pflegegrad zugeordnet. Von den knapp vier Millionen Menschen werden 3.478.535 ambulant versorgt, das heißt überwiegend in der eigenen Häuslichkeit. Der ambulante Sektor macht somit den größten Teil der Versorgung pflegebedürftiger Menschen aus. Warum ist das so? Nach §3 SGB XI gilt der Vorrang der häuslichen Pflege. Es soll möglichst alles getan werden um den Pflegebedürftigen in seiner eigenen Häuslichkeit verbleiben zu lassen. Wie kann der Verbleib gesichert werden, welche Leistungen gibt es und wie sind diese im Pflegerecht verankert? Welche Rolle spielen die pflegenden Angehörigen oder Pflegepersonen? Inwiefern wird an diese im Pflegerecht gedacht und einer eventuellen Überlastung Sorge getragen? Welche Bezug und Rolle hat hierbei die Soziale Arbeit?

Das sind die Fragen, welche in dieser Arbeit aufgegriffen werden. Aufgrund der Komplexität des Themas wird sich hier ausschließlich auf hochaltrige Bürger*innen und gesetzlich Versicherte bezogen, die pflegebedürftig sind.

Diese Bachelorarbeit wird den Leistungsumfang der sozialen Pflegeversicherung für den ambulanten Sektor vorstellen. Beginnend mit der Herleitung zum Thema, den Bezug die Soziale Arbeit zur ambulanten Pflege, wird mit den Grundsätzen der Pflegeversicherung fortgesetzt, hinausgehend zum Begriff der Pflegebedürftigkeit. Anschließend erfolgt eine Leistungsübersicht speziell für Pflegebedürftige im häuslichen Umfeld. Dann wird auf die Pflegepersonen eingegangen- wer sich so betiteln darf, welche Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege es gibt, sowie auch die Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige. Danach wird auf die Situation und das Belastungserleben der pflegenden Angehörigen

eingegangen, welche Konflikte in der Zusammenarbeit mit professionellen Helfer*innen entstehen können. Schlussendlich wird der Stellenwert der Sozialen Arbeit in der Pflege kurz erläutert und die Methode mit der dort gearbeitet wird. Abschließen wird diese Arbeit mit einem Fazit, in dem nochmal explizit auf die Rolle der Sozialen Arbeit in der ambulanten Pflege eingegangen wird.

2 Herleitung zum Thema- Bezug zur Sozialen Arbeit

Der Bedarf an Sozialer Arbeit ist durch die Zunahme der Lebenserwartung sowie durch die Veränderung des Altersaufbaus der Bevölkerung gestiegen. Dies betrifft sowohl die Arbeitsfelder in der Sozialen Arbeit, wie Soziale Altenarbeit und ambulante Altenhilfe, als auch die Schnittstellen zu anderen Professionen wie Pflege, Medizin, Pädagogik, Therapie und weitere. (vgl. Kühnert/Ignatzi 2019, S.21) Die Entwicklung steht in Verbindung mit differenzierter und spezialisierter Ausrichtung der Hilfsangebote und somit auch mit einem erhöhten Bedarf an Menschen mit sozialarbeiterischer Fachkompetenz, professionell als auch ehrenamtlich. (vgl. ebd.) Bereits genannte Schnittstellen zur Pflege lassen die soziale Altenarbeit entstehen. Aufgaben der sozialen Altenarbeit sind Aufklärung des Gemeinwesen und damit auch Sensibilisierung des Umfeldes für Menschen mit erhöhtem Bedarf aufgrund z.B. einer Demenz, die Entwicklung von Netzwerken, Beratung und Betreuung von Angehörigen aber auch ehrenamtlichen Helfer*innen und der entsprechenden Förderung dieses Engagements. (vgl. ebd.)

Da viele ältere Menschen den Wunsch haben in der Häuslichkeit zu bleiben, auch bei einsetzender Pflegebedürftigkeit, um den Alltag selbstständig oder mit Unterstützung von Freund*innen, Nachbar*innen oder ambulanten Diensten zu gestalten, ist es besonders wichtig, die Aufgabenfelder der ambulanten Altenhilfe anzupassen. Dies betrifft vor allem auch die Soziale Arbeit. Aufgabenfelder lassen sich wie folgt beschreiben:

1. Unterstützung bei der Beantragung von Pflegeleistungen, sowie auch die Organisation der Pflege
2. Beantragung und Übernahme von gesetzlicher Betreuung

3. Beratung bei Wohnraumanpassung
4. Angehörigenberatung und –betreuung
5. Aufbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote
6. Schulung von Angehörigen und Interessierten zu gesundheitlichen Themen, sowie auch Leistungsanspruch bei Pflegebedürftigkeit etc. (vgl. Kühnert/ Ignatzi 2019, S. 23)

Aufgrund dieser Aufgaben für die Soziale Arbeit ergibt sich das Thema dieser Bachelorarbeit- die Zusammenstellung einer Leistungsübersicht für pflegende Angehörige. Berücksichtigt werden hierbei die pflegenden Angehörigen, die in der Häuslichkeit pflegen.

3 Pflegeversicherung

Das Pflegeversicherungsgesetz trat am 26.5.1994 in Kraft und wurde dann zum SGB XI und zur gesetzlichen Grundlage der Pflegeversicherung (vgl. Rothgang/ Müller 2019, S. 24)

In §8 Abs. 1 SGB XI wird die pflegerische Versorgung der Bevölkerung als gesellschaftliche Aufgabe deklariert. Die Leistungserbringung wird durch private Pflegedienste und auch Einrichtungen im Rahmen des sozialversicherungsrechtlichen Vertragssystems organisiert. Dadurch, dass die Finanzierung der Pflege einkommensabhängig ist, wird dem Solidaritätsprinzip gefolgt. (vgl. Janda, S. 23) Das Solidaritätsprinzip auf die Pflege bezogen besagt, dass jeder*jede nach seinen*ihren Möglichkeiten in die Pflegeversicherung einzahlt, seinem*ihrem Einkommen entsprechend. Es erhält jedoch jeder*jede, trotz der unterschiedlichen Beitragssätze den gleichen Zugang zur Pflege. (vgl. Wolfram 2021(Internetquelle))

Das SGB XI gibt verschiedene Grundsätze vor, nach dem die ambulante und stationäre Versorgung gestaltet werden soll. Da der Schwerpunkt dieser Arbeit auf den Leistungen der Pflegeversicherung liegt, werden einige Grundsätze nicht genauer ausgeführt. Die Grundsätze der Pflegeversicherung, welche genauer be-

schrieben werden, sind vor allem für die Soziale Arbeit relevant, da sie in der Arbeit mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zur Sprache kommen sollten, bzw. Gegenstand in der Beratung dieser sind.

1. Selbstbestimmung der Versicherten

In §1 SGB XI ist die Aufgabe der Pflegeversicherung festgehalten. Diese ist als Gewährung von Hilfen deklariert, bei Pflegebedürftigen, die aufgrund ihres Bedarfes auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.

Nach §2 SGB XI sind die Leistungen so zu erbringen, das ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben möglich ist

In dem Grundsatz der Selbstbestimmung ist das Wunsch- und Wahlrecht des Pflegebedürftigen festgehalten, § 2 Abs. 2 SGB XI. Der*die Pflegebedürftige darf zwischen den Leistungen der verschiedenen Träger frei wählen. Ebenso müssen die Wünsche der Pflegeversicherten im Hinblick auf die Ausgestaltung der Pflege berücksichtigt werden, in Bezug auf den gesetzlich vorgeschriebenen Leistungsrahmen, §2 Abs. 2 S.2 SGB XI. (vgl. Janda 2019, S. 23f.)

Weitere Unterpunkte in dem Grundsatz Selbstbestimmung der Versicherten sind ebenso die Beachtung der Trägervielfalt sowie auch die Hinweispflicht. Letzteres ist im §2 Abs. 4 SGB XI niedergeschrieben und bedeutet, dass es eine Hinweispflicht gegenüber dem Pflegebedürftigen auf ihr Selbstbestimmungsrecht ist. Dieser Absatz richtet sich wahrscheinlich vor allem an Beratungsstellen, obwohl der Adressat nicht explizit im Gesetz genannt ist. (vgl. ebd.)

2 . Vorrang der häuslichen Pflege

Mit diesem Grundsatz, welcher in §3 SGB XI festgehalten ist, soll sichergestellt werden, dass Pflegebedürftige so lange es geht in ihrer eigenen Häuslichkeit bleiben und die Versorgung im ambulanten Sektor vorrangig dem stationären ist. Mit Hilfe dessen soll auch die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbar*innen gestärkt werden. Institutionen wie die Pflegekassen und Länder sowie auch Kommunen sollen so eine „neue Kultur des Helfens und der menschlichen Zuwendung“ (Janda 2019, S. 25) bewirken. Dies ist im §8 Abs. 2 S.2 SGB XI festgehalten. Der Grund dieser Prämisse den Vorrang der häuslichen Pflege zu gewähren,

ist nicht zuletzt auch finanzieller Natur, da die Kosten für den stationären Aufenthalt stetig steigen und vor allem höher sind. (vgl. Janda 2019, S. 24f.)

Die Nachbar*innen und Angehörigen zählen zum sogenannten „informellen Sektor“ oder werden als „informelle Helfer*innen“ bezeichnet. Diese sind aber nicht verpflichtet die Pflege zu übernehmen. Die Pflege kann ebenso durch professionelle Pflegekräfte als sogenannte Pflegesachleistung abgerufen werden. Wichtig und wegweisend dafür sind die Wünsche des*der Pflegebedürftigen nach §2 Abs. 2 SGB XI. (vgl. ebd.)

Die häusliche Pflege muss angemessen sein. Wenn diese nicht sichergestellt ist, so überprüft der Medizinische Dienst der Krankenkasse (MDK) die Pflege. Bei Bedarf kann dieser auch anordnen, dass ausschließlich Pflegesachleistungen abgerufen werden können. Dies geschieht, wenn die Pflege nicht mehr angemessen ist und eine Gesundheitsgefährdung oder Vernachlässigung / Verwahrlosung drohen.(vgl. Janda 2019, S. 25)

3 . Vorrang und Prävention und Rehabilitation

Diese Prämisse ist in §5 SGB XI festgehalten. Der Paragraph verdeutlicht die Annahme, dass Pflegebedürftigkeit beeinflussbar und vor allem abwendbar sei. Die Pflegekassen sollen darauf hinwirken, dass durch Maßnahmen wie Prävention und Rehabilitation gar keine Pflegebedürftigkeit eintritt, nach §5 Abs. 4 SGB XI. (vgl. Janda 2019, S. 26)

Der erste Bestandteil ist die medizinische Rehabilitation. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit soll dieser Zustand im Idealfall nicht als gegeben hingenommen werden, sondern möglichst überwunden oder gemindert werden, mit Hilfe von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, nach§5 Abs. 5 SGB XI. Dieses Ziel verfolgt auch der Selbstbestimmungsgedanke, da die Pflegebedürftigen in die Lage versetzt werden sollen, ihr Leben selbst zu gestalten, vielleicht auch ohne Einfluss von Unterstützung. Generell sollen die Pflegeleistungen so gestaltet werden, dass noch vorhandene Fähigkeiten erhalten werden und verlorene Fähigkeiten nach Möglichkeit wieder hergestellt werden. (§28 Abs. 4 SGB XI). (vgl. Janda 2019,S.26).

In Zusammenhang mit diesem Grundsatz steht der Ansatz des Empowerments. Das Empowerment-Konzept sieht vorrangig die Potenziale und Ressourcen des Menschen. Diese sollen gestärkt und wenn möglich weiter ausgebaut werden, als vorrangige Aufgabe dieses Konzeptes. Diskutabel ist natürlich, ob es auf alle Pflegebedürftigen anzuwenden ist, da bei einigen Erkrankungen eine autonome Gestaltung des Lebens, somit auch eine Vertretung der eigenen Interessen komplizierter ist. (vgl. Habermann-Horstmeier 2017, S. 51f.)

4 . Eigenverantwortung der Versicherten

Auch die Versicherten sind zu einer gesundheitsbewussten Lebensführung angehalten, nach §6 SGB XI, um die Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Dazu gehört auch die Mitwirkung z.B. an Vorsorgeleistungen oder auch die Pflegebedürftigkeit zu überwinden. Mit diesem Grundsatz sind allerdings keinerlei Sanktionen verbunden, da entsprechende Vorgaben nicht näher bestimmt sind. (vgl. Janda 2019, S. 27f.)

5 . Berücksichtigung von geschlechts- und kulturspezifischen Bedürfnissen

Nach §1 Abs. 5 SGB XI sind beide genannten Bedürfnisse in der Pflege zu berücksichtigen, sofern dies möglich ist. In §2 Abs. 2 SGB XI ist dem Wunsch nach „gleichgeschlechtlicher Pflege“ Folge zu leisten. Da die Pflege ein Eingriff in die Intimsphäre und das körperliche Wohlbefinden ist, bedarf es der Einwilligung des*der Betroffenen. Wenn diese nur die Erlaubnis zu einer gleichgeschlechtlichen Pflege gibt, so muss der ambulante Pflegedienst diesem Wunsch auch Folge leisten. Gleiches gilt für den stationären Aufenthalt. Voraussetzung ist aber, dass überhaupt eine Pflegekraft mit dem gewünschten Geschlecht dort arbeitet. (vgl. Janda 2019, S. 28)

6. Wirtschaftlichkeitsprinzip

Nach §29 SGB XI haben Pflegebedürftige nur Anspruch auf Leistungen, die die Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit und Notwendigkeit umfassen. In Bezug auf das Wunsch- und Wahlrecht ist das Wirtschaftlichkeitsprinzip ebenso relevant, da den Wünschen des Versicherten nur soweit entsprochen werden kann,

wenn diese nicht zu unverhältnismäßigem Aufwand und Kosten führen. Beispielsweise ist in §40 SGB XI demnach der Teil der Mehrkosten seitens des Versicherten für ein Hilfsmittel zu tragen, wenn dieses über die notwendige Ausstattung hinausgeht. (vgl. Janda 2019, S. 29)

7 . Gebot der partnerschaftlichen Zusammenarbeit

Nach §12 SGB XI sind die Pflegekassen verpflichtet, mit den ambulanten und stationären Anbietern zusammen zu arbeiten. Dies gilt vor allem für die Koordination von Leistungsangeboten, damit diese wirksam sind. (vgl. Janda 2019, S. 30)

Die Verpflichtung zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit besteht auch für eine neutrale Pflegeberatung nach §7a SGB XI, damit eine Nahtlosigkeit notwendiger Leistungen gewährleistet werden kann, um die Pflege je nach Veränderung anzupassen. (vgl. ebd.)

3.1 Begriff der Pflegebedürftigkeit

Bei Einführung des Begriffes galt „eine Person als pflegebedürftig, wenn ein ausgeprägter, verrichtungsbezogener Hilfebedarf vorlag“ (Rothgang/Müller 2019, S.25).

Zum 1.1.2017 wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff überarbeitet, und das neue Pflegestärkungsgesetz trat in Kraft. Neben dieser Erneuerung wurden auch die vorher bestehenden drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt. (vgl. Rothgang/Müller 2019. S. 25) Durch die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurden nun neben den körperbezogenen Hilfeleistungen auch die psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen berücksichtigt. Vor der Überarbeitung wurde die Pflege auch in Zeit bemessen, so dass der Begriff „Minutenpflege“ gängig war. Mit der Neuausrichtung wurde dies abgeschafft. Bezugnehmend auf die fünf Pflegegrade hat sich eine weitere Veränderung geboten. Die Einstufung erfolgt nun nicht mehr defizitorientiert, sondern bemisst sich am Grad der Selbstständigkeit des*der wohlmöglich Pflegebedürftigen. (vgl. Janda 2019, S. 47). In §14 SGB XI ist festgehalten, dass Menschen als pflegebedürftig gelten, wenn „sie (dauerhaft)

ihre körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können“ (Jacobs u.a. 2020, S. 240). (vgl. Jacobs u.a. 2020, S. 240)

Nach der Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist nun die Frage, bei wem, in welchem Alter ist die Pflegebedürftigkeit statistisch am meisten präsent? Ganz deutlich in den absoluten Zahlen zu sehen ist, dass Ende 2019 Frauen eine höhere Pflegebedürftigkeit vorweisen als Männer (vgl. Bundesgesundheitsministerium, 2021 (Internetquelle))

Alter in Jahren	ambulant						stationär					
	Pflegegrad					zusammen	Pflegegrad					zusammen
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
bis unter 15	9.110	43.644	46.191	14.512	4.901	118.358	5	3	21	32	78	139
15 bis unter 20	2.112	12.412	11.396	5.188	2.917	34.025	2	4	7	13	53	79
20 bis unter 25	1.826	7.861	7.172	3.829	2.679	23.367	4	15	18	25	100	160
25 bis unter 30	1.827	5.763	4.997	2.741	2.239	17.567	3	19	24	45	156	247
30 bis unter 35	2.284	6.289	4.856	2.775	2.091	18.295	7	73	65	96	250	491
35 bis unter 40	2.750	6.521	4.442	2.482	1.563	17.758	11	122	151	143	303	730
40 bis unter 45	3.207	7.472	4.708	2.279	1.260	18.926	15	172	263	255	400	1.105
45 bis unter 50	4.390	9.835	5.825	2.429	1.171	23.650	20	392	500	421	529	1.862
50 bis unter 55	7.677	17.541	9.907	3.591	1.464	40.180	60	899	1.434	1.109	1.034	4.536
55 bis unter 60	11.958	27.858	15.579	5.138	1.980	62.513	116	1.864	3.156	2.371	1.689	9.196
60 bis unter 65	14.554	36.073	20.305	6.698	2.262	79.892	169	2.851	5.002	3.701	2.101	13.824
65 bis unter 70	16.259	44.195	26.227	8.799	2.878	98.358	186	3.573	6.398	4.759	2.422	17.338
70 bis unter 75	17.282	52.396	33.338	11.680	3.572	118.268	187	3.666	6.875	5.798	2.789	19.315
75 bis unter 80	21.886	69.196	46.831	16.567	4.729	159.189	177	4.037	8.707	8.324	4.059	25.304
80 bis unter 85	34.123	110.137	74.340	25.874	6.869	251.343	233	6.654	14.297	14.302	6.859	42.345
85 bis unter 90	23.485	82.360	56.511	19.553	4.965	186.874	214	6.301	13.132	12.105	5.171	36.923
90 und älter	9.948	43.008	32.895	12.800	3.147	101.798	195	5.810	11.013	9.546	3.329	29.893
insgesamt	184.658	582.561	405.520	146.935	50.687	1.370.361	1.604	36.455	71.061	63.045	31.322	203.487
darunter Überleitungsfälle	133	101.698	132.251	71.266	29.445	334.793	7	7.742	26.326	29.080	16.978	80.133
Insgesamt in %	13,5	42,5	29,6	10,7	3,7	100,0	0,8	17,9	34,9	31,0	15,4	100,0

Abbildung 1 Pflegebedürftigkeitsstatistik Bundesgesundheitsministerium- Männer (Bundesgesundheitsministerium,2020)

Pflegeleistungen in Deutschland- eine Übersicht für pflegende Angehörige

Alter in Jahren	ambulant						stationär					
	Pflegegrad					zusammen	Pflegegrad					zusammen
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
bis unter 15	6.196	23.344	22.404	8.761	3.838	64.543	1	4	17	20	55	97
15 bis unter 20	1.471	6.565	6.041	2.933	2.058	19.068	0	1	5	5	33	44
20 bis unter 25	1.365	5.238	4.613	2.424	2.021	15.661	9	11	9	11	78	118
25 bis unter 30	1.568	4.528	3.780	2.097	1.699	13.672	4	12	26	37	117	196
30 bis unter 35	2.176	5.313	4.042	2.098	1.630	15.259	8	35	59	84	177	363
35 bis unter 40	2.828	6.155	4.039	2.080	1.309	16.411	8	52	103	126	289	578
40 bis unter 45	3.656	8.094	4.919	2.015	1.026	19.710	11	73	153	180	306	723
45 bis unter 50	5.342	11.376	6.733	2.456	999	26.906	9	207	329	347	487	1.379
50 bis unter 55	9.369	20.947	11.791	3.737	1.417	47.261	29	453	897	906	1.004	3.289
55 bis unter 60	13.634	31.816	17.229	5.189	1.841	69.709	64	877	1.960	1.736	1.613	6.250
60 bis unter 65	16.702	40.332	20.892	6.134	1.984	86.044	57	1.412	3.122	2.664	2.099	9.354
65 bis unter 70	21.591	52.446	26.311	7.537	2.384	110.269	106	2.269	4.780	3.895	2.579	13.629
70 bis unter 75	30.597	73.473	35.378	10.139	3.083	152.670	152	3.345	7.487	6.350	3.887	21.221
75 bis unter 80	51.130	122.960	57.985	16.624	5.084	253.783	238	6.775	15.831	14.171	8.221	45.236
80 bis unter 85	94.663	240.749	110.553	31.969	9.234	487.168	516	17.128	37.557	32.335	17.689	105.225
85 bis unter 90	64.908	208.053	105.975	33.070	9.277	421.283	638	22.822	46.929	39.470	19.937	129.796
90 und älter	25.493	127.342	88.093	36.473	11.356	288.757	552	27.170	56.727	52.550	25.350	162.349
insgesamt	352.889	988.731	530.778	175.736	60.240	2.108.174	2.402	82.646	175.991	154.887	83.921	499.847
darunter Über- leitungsfälle	160	189.065	187.251	87.676	36.604	500.756	4	23.613	68.895	75.485	48.966	216.963
Insgesamt in %	16,7	46,9	25,2	8,3	2,9	100,0	0,5	16,5	35,2	31,0	16,8	100,0

Abbildung 2 Pflegebedürftigkeit Bundesgesundheitsministerium- Frauen (Bundesgesundheitsministerium, 2020)

Vergleichsweise sind 2.474.250 Frauen im Alter von 60-90 und älter pflegebedürftig. Bei den Männern sind es 1.107.280 in der Altersspanne von 60-90 und älter. Lediglich in der Altersspanne von 60-64 Jahren weisen die Männer eine höhere Pflegebedürftigkeit auf als bei den Frauen. Dies ist natürlich nur anhand der absoluten Zahlen zu vergleichen, da keine Daten in Bezug auf die prozentuale tatsächliche Verteilung vorhanden sind.

Bei beiden Geschlechtern ist festzustellen, dass die meisten Pflegebedürftigen im ambulanten Sektor eingeordnet sind, also noch in der Häuslichkeit leben. Dazu muss erwähnt werden, dass auch neuere Wohnformen dazu zählen, wie z.B. Servicewohnen oder Betreutes Wohnen, da diese ebenso ambulant abgerechnet werden. Auch unterschieden in die einzelnen Pflegegrade lässt sich feststellen, dass Frauen die Mehrheit bilden. (vgl. Statistik 31.12.2019) Insgesamt liegt die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland bei 3,9 Millionen. (vgl. ebd.) Im Vergleich dazu lag die Zahl noch bei 3,7 Millionen Menschen (vgl. Jacobs S. 240)

4 Leistungen der Pflegeversicherung

4.1 Einstufungsverfahren

Die Begutachtung erfolgt durch den MDK, den Medizinischen Dienst der Krankenkasse oder durch eine*n andere*n unabhängige*n Gutachter*in, welche*r mit der Aufgabe von der Pflegekasse beauftragt wurde. Festgehalten ist dies in §18 SGB XI. Die Begutachtung erfolgt im persönlichen häuslichen Rahmen des*der Antragstellenden. Wenn keine Zustimmung erfolgt für die Begutachtung, so kann die Pflegekasse ihre Leistungen verweigern. (vgl. Janda 2019 , S. 50) Dies setzt primär voraus, dass ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt wurde. Diesen Antrag kann man selbstständig bei der Pflegekasse anfordern. Die Pflegekasse hat für die Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit des*der Antragstellenden 25 Tage Zeit, mit Ausnahmen, beispielweise wenn der*die Antragstellende sich in einer Rehabilitationseinrichtung befindet. Dann hat die Pflegekasse eine Frist von einer Woche zu berücksichtigen, in dem die Begutachtung stattfinden muss. (vgl. ebd.)

Die Begutachtung ermittelt zum einen den Bedarf an Pflege, zum anderen auch die Möglichkeit Maßnahmen zu ergreifen, um die Beseitigung, Minderung oder Prävention einer Verschlimmerung zu verhindern. Des Weiteren wird auch festgestellt, ob der*die Antragstellende Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel benötigt. Die entsprechende Feststellung gilt dann auch als Antrag. Die Begutachtung ist nicht nur da um den*die Antragstellende*n einem Pflegegrad zuzuordnen, sondern auch die Grundlage für die Erstellung eines individuellen Versorgungsplanes nach §7a SGB XI. (vgl. Janda 2019, S. 51)

Die Beurteilung über die Einstufung in den Pflegegrad erfolgt über Module, welche in §14 SGB XI aufgeführt sind. Die Module befassen sich mit der Mobilität, wozu auch die Bewegungsmöglichkeiten im Bett beispielsweise zählen, die kognitive und kommunikativen Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, die Selbstversorgung, die krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, wozu beispielsweise auch der Umgang mit der Medikation zählt sowie auch die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Mit Hilfe der genannten Module wird die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und Fähigkeit

ermittelt. Dies wird durch ein Bepunktungssystem in eine Übersicht gebracht. Es gibt die Punkte null bis vier, wofür die null für keine, eins für geringe, zwei für erhebliche, drei für schwere und vier für schwerste Beeinträchtigungen stehen. Diese Punkte werden addiert. Die einzelnen Module haben prozentuale Gewichtungen aufgrund der unterschiedlichen Bedeutung für die alltägliche Lebensführung. Die addierten Punkte werden dann prozentual zusammengerechnet und mit Hilfe der Endpunktzahl wird der Antragsteller dann in den entsprechenden Pflegegrad eingestuft. (vgl. Janda 2019, S. 48)

Es gibt den Pflegegrad eins bis Pflegegrad fünf. Die Bezeichnungen der Pflegegrade in Bezug auf die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeit sind der Bezeichnung der Punkte in der Pflegebegutachtung entsprechend. Bei Pflegegrad fünf ist es eine schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung. (vgl. Janda 2019, S. 49)

Zu jeder Begutachtung erfolgt ein Protokoll mit entsprechender Begründung für die einzelne Bepunktung. Die Bepunktung ist untergliedert in verschiedene Schweregrade. Die Schweregrade richten sich nach der Selbstständigkeit. Beispielsweise im Modul Mobilität wird in folgender Bepunktung unterschieden:

- Selbstständig: Es ist möglich ohne Hilfe allein und in aufrechter Position eine Treppe zu steigen
- Überwiegend selbstständig: Es ist möglich die Treppe allein zu steigen, eine Begleitung ist aufgrund des erhöhten Sturzrisikos aber notwendig
- Überwiegend unselbstständig: Das Treppensteigen ist nur mit Stützen oder Festhalten einer anderen Person möglich
- Unselbstständig: es ist nicht möglich die Treppe zu steigen, es bedarf eines Transportes durch Tragen oder Hilfsmittel. (vgl. Janda 2019, S. 49)

Aufgrund dessen, dass die einzelnen Module eine unterschiedliche Bedeutung für die eigene Lebensweise aufweisen, werden die Module mit unterschiedlichen Prozentsätzen gewertet und gewichtet. Die Selbstversorgung wird mit 40% gewichtet, die Mobilität mit 10%, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen mit insgesamt 15%, zugezählt werden dort kognitive und kommunikative Fähigkeiten. Die krank-

heits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen werden mit 20% gewertet, und das letzte Modul der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte wird mit 15% gewertet. Die prozentuale Verteilung ist in §15 abs. 2 S. 8 SGB XI iVm Anlage 2 zu §15 SGB XI niedergeschrieben. Aus der Zusammenrechnung der Gewichtung ergibt sich die Gesamtbewertung für die Pflegegrade. (vgl. Janda 2019, S. 49)

Die Pflegekasse lässt den*die Antragstellende*n das Pflegegutachten zukommen. Danach kann der*die Antragstellende die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, welche im nächsten Punkt genauer beleuchtet werden. Bei der Orientierung, welche Leistung für den*die Pflegebedürftige*n in Frage kommen sowie auch bei der Vermittlung, helfen Beratungsstellen.

4.2 Leistungsübersicht

Im folgenden Punkt werden die Leistungen der Pflegeversicherung bei ambulanter Versorgung genauer beleuchtet.

Pflegegeld (§37 SGB XI)

Ab dem Pflegegrad zwei besteht die Möglichkeit Pflegegeld in Anspruch zu nehmen, nach §37 SGB XI. Das Pflegegeld ist eine Leistung, welche bezogen wird, wenn beispielsweise ein Mitglied desselben Haushaltes die pflegebedürftige Person pflegt. Bei Bezug des Geldes muss der*die Pflegbedürftige selbst seine*ihre Pflege in geeigneter Weise sicherstellen. Dies umfasst die körperlichen Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Diese Geldleistung wird dem Pflegebedürftigen direkt von der Pflegekasse ausgezahlt. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2020, S. 9)

Die Pflegepersonen dürfen nicht erwerbsmäßig tätig in der Pflege sein, nach §19 SGB XI. Die Eignung der Pflegepersonen für die oben aufgeführten Maßnahmen überprüft der MDK nach §18 Abs. 6 SGB XI. Der MDK muss sowohl den Zustand des*der Pflegebedürftigen, seine Wohnsituation, die Bereitschaft und Belastungsfähigkeit der Pflegepersonen sowie auch das allgemeine soziale Umfeld überprüfen. Die Basis der Einschätzung ist der Versorgungsplan nach §7a Abs. 1 SGB XI,

welcher im Rahmen der Pflegeberatung zu erstellen ist. Dort ist zu ermitteln, ob Pflegepersonen im Umfeld sind, diese in der Lage sind, sowohl körperlich als auch psychisch diese Aufgaben wahrzunehmen. Wenn es Anzeichen für eine Überforderung der Pflegeperson gibt oder eine nicht ausreichende Pflege bemerkt wird, so wird dem*der Pflegebedürftigen die Inanspruchnahme der Pflegesachleistung empfohlen. (vgl. Janda 2019, S. 57f.)

Die Höhe des Pflegegeldes variiert mit der Höhe des Pflegegrades. Das Pflegegeld ist pauschalisiert bemessen, gibt also nicht die Höhe des tatsächlichen Pflegeaufwandes wieder. Die Beträge sind geringer als die Beträge der Pflegesachleistungen. Die Begründung dafür liegt darin, dass die Pflegekräfte beim Bezug des Pflegegeldes nicht professionell sind. Der Betrag ist lediglich ein Anreiz dafür, dass die Pflegebreitschaft weiter besteht. Im Fall dessen der*die Angehörige bereits berufstätig in der Pflege ist steigt der Betrag nicht. Der*die Pflegebedürftige selbst ist der Leistungsbezieher des Pflegegeldes und muss dies zweckgebunden verwenden. Allerdings wird nicht überprüft wie der*die Pflegebedürftige das Pflegegeld einsetzt, auf Grund des Prinzips der Eigenverantwortung nach §§2,6 SGB XI. (vgl. Janda 2019, S. 58 f.)

Kombinierbar ist das Pflegegeld mit sogenannten Pflegsachleistungen, §38 SGB XI. Die Pflegesachleistungen sind beispielsweise die Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes. Wenn beides in Anspruch genommen wird, sowohl das Pflegegeld als auch die Pflegesachleistung, so wird beides anteilig miteinander verrechnet. Die Pflegesachleistung ist keine Auszahlung, sondern ein Dienst. (vgl. ebd.)

Bei der Kombination wird anteilig das Pflegegeld ausgezahlt. Somit wird mehr Individualität in der Pflege ermöglicht. Der*die Pflegebedürftige selbst entscheidet über die Art und Weise der Ausgestaltung. Er*Sie unterliegt keiner Begründungspflicht gegenüber der Pflegeversicherung. An die Entscheidung über die Verteilung des Pflegegeldes und der Pflegesachleistung ist der*die Pflegebedürftige über sechs Monate gebunden, nach §38 S. 3 SGB XI. Nach Ablauf der Frist ist es möglich eine Neuausrichtung zu organisieren. (vgl. Janda 2019, S. 59f.)

Bei ausschließlichem Bezug von Pflegegeld ist festgehalten, dass eine Beratung in Anspruch genommen werden muss. Bei den Pflegegraden zwei und drei erfolgt dies halbjährlich und bei den Pflegegraden vier und fünf vierteljährlich. Bei Inanspruchnahme einer ambulanten Pflegesachleistung sind die Pflegebedürftigen nicht verpflichtet die Beratung abzurufen, sondern können dies auf freiwilliger Basis halbjährlich tun, auch bei Pflegegrad eins. Bei Verweigerung oder Nicht-Inanspruchnahme der Beratungspflicht wird die Mitwirkungspflicht verletzt und die Fortzahlung des Pflegegeldes kann ausgesetzt werden. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021, S. 9)

Das Pflegegeld soll, wie bereits erwähnt, als finanzielle Anerkennung gelten. Es besteht die Möglichkeit, dass von dem „Normalfall“ abgewichen werden kann und die Pflegeperson auch direkt das Pflegegeld erhält. Der*die Pflegebedürftige muss aber mit dieser Regelung einverstanden sein und dies auch schriftlich bei seiner*ihrer Pflegekasse erklären. Das Pflegegeld wird nicht als Einkommen gesehen und wird daher auch keine steuerrechtlichen Auswirkungen haben. (vgl. ebd.)

Pflegesachleistung für die häusliche Pflege (§36 SGB XI)

Wie bereits erwähnt sind Pflegesachleistungen ein Dienst, welcher in Anspruch genommen werden kann. Die ambulante Pflegesachleistung (§36 SGB XI) kann genutzt werden, wenn in der Häuslichkeit gepflegt wird und die Hilfe eines zugelassenen ambulanten Pflegedienstes, Betreuungsdienst oder von Einzelkräften benötigt wird. Alle müssen einen Vertrag mit der Pflegekasse geschlossen haben. Leistungen der zugelassenen Pflegedienste sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021, S. 11)

Die häusliche Pflege nach §36 SGB XI beschränkt sich auf Pflege ohne Krankheitsbezug. Bei der häuslichen Krankenpflege, also die Pflege mit Krankheitsbezug, stehen krankheitsspezifische Aspekte im Vordergrund und werden anders abgerechnet. Die pflegerischen Leistungen ohne Krankheitsbezug beziehen sich auf körperbezogene Maßnahmen, pflegerische Betreuung sowie der Hilfe bei der Haushaltsführung. Diese Leistungen dienen dem Ausgleich von Einschränkungen der Selbstständigkeit. Neu seit 2017 ist auch, dass die Pflegekraft Unterstützung

bei Problemlagen geben soll. Dies umfasst nicht nur die Pflege in der Häuslichkeit, sondern dies bedeutet auch den Einschluss von Maßnahmen, wie z.B. Behördengänge, um das Ziel zu verfolgen, dass der*die Pflegebedürftige in der eigenen Wohnung verbleiben kann. Hier soll der Anspruch einer ganzheitlichen Betreuung geltend gemacht werden. (vgl. Janda 2019, S. 56)

Fraglich ist es jedoch, ob dieser Ansatz in der Praxis umsetzbar ist. Zum einen vermag der Pflegekraft die Zeit dazu fehlen, zum anderen aber auch das entsprechende Fachwissen. Hier wäre es möglich mit der Sozialen Arbeit anzusetzen und eventuell eine entsprechende Fachkraft für diese Aufgaben zu integrieren. Auch hier ist aber fraglich, ob dies praktisch umsetzbar ist, beispielsweise auch weil es mit anderen Arbeitsfeldern kollidieren könnte, geschweige von der Pflegeversicherung finanziert wird.

Entlastungsbetrag und Umwandlungsanspruch (§45a SGB XI)

Der Entlastungsbetrag (§45 SGB XI) beträgt für alle Pflegegrade 125 €. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021, S. 12) Weiteres wird im folgenden Kapitel dieser Arbeit ausgeführt.

Der Umwandlungsanspruch besteht für alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade zwei bis fünf. Dieser Anspruch beinhaltet die Möglichkeit, nicht ausgeschöpfte Pflegesachleistungen eines Monats in Leistungen umzuwandeln, die unter den Entlastungsbetrag fallen. Dies geht aber maximal bis zu 40% des jeweiligen Leistungsbetrags. Der Umwandlungsanspruch und der Entlastungsbetrag sind aber unterschiedlich voneinander in Anspruch zu nehmen. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021, S. 14)

Verhinderung der Pflegeperson (§39 SGB XI)

Der Begriff Pflegeperson wird im nachfolgenden Kapitel dieser Arbeit genauer erläutert. Bei Verhinderung der Pflegeperson übernimmt die Pflegekasse bei den Pflegegraden zwei bis fünf maximal sechs Wochen im Jahr die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021, S. 15) Die Verhinderung können Urlaub, Krankheit oder andere Gründe sein, die die Pflegeperson an der Ausübung der Pflege hindert. Der Sinn der sogenannten Verhinde-

rungspflege ist es, einen Ausgleich der Belastbarkeit der Pflegeperson zu schaffen. Die Verhinderungspflege wird auch Ersatzpflege genannt. Die Verhinderungspflege wird erbracht, wenn der*die Pflegebedürftige Pflegegeld bezieht nach §37 SGB XI. Wenn eine Pflegesachleistung nach §36 SGB XI bezogen wird, so ist der Träger des Pflegedienstes bei einer Verhinderung der erwerbsmäßigen Pflegeperson zuständig eine Vertretung zu beschaffen. (vgl. Janda 2019, S. 48)

Wenn die Ersatzpflegeperson mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist und/oder die Ersatzpflegeperson mit dem Pflegebedürftigen in einem gemeinsamen Haushalt lebt, fällt der Betrag geringer aus. Dies ist dann der 1,5 fache Betrag des Pflegegeldes. Wenn bei der Ersatzpflegeperson Aufwendungen entstehen wie beispielsweise Verdienstaussfall oder Fahrtkosten, kann die Leistung aufgestockt werden. Ebenso ist es möglich, wenn die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeführt wird den vollen Betrag der Verhinderungspflege zu erhalten. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege sind, dass der*die Pflegebedürftige mindestens sechs Monate von der verhinderten Pflegeperson in der Häuslichkeit gepflegt wurde, nach §34 Abs. 1 SGB XI, und, dass die Einstufung wenigstens Pflegegrad zwei ist. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021, S. 15) Erforderlich ist ebenso ein tatsächliches Erholungsbedürfnis der Pflegeperson. Es ist möglich, dass auch andere Gründe als Krankheit oder Urlaub angebracht werden. Wichtig ist aber, dass ein kausaler Zusammenhang zur Nichtdurchführbarkeit der Pflege besteht. (vgl. Janda 2019, S. 48) Während der Verhinderungspflege wird bis zu sechs Wochen die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weiterbezahlt.

Die Verhinderungspflege ist auch stundenweise einsetzbar. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021, S. 15f.)

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§40 Abs. 4 SGB XI)

Bei der Pflege Zuhause ist es möglich, die Umgebung barrierefrei zu gestalten und hierfür einen Zuschuss von der Pflegekasse in Höhe von 4.000€ zu erhalten. Dies ist die wohnumfeldverbessernde Maßnahme. Ziel ist es, die häusliche Pflege zu erleichtern oder sogar eine selbstständigere Lebensführung zu ermöglichen. Anspruch darauf haben alle Pflegebedürftige der Pflegegrade eins bis fünf. Die Leistung erfolgt bei Antragstellung. Wenn mehrere Pflegebedürftige in einer Häuslich-

keit leben ist es möglich bis zu 16.000 € zu erhalten. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021, S. 21)

Ebenso besteht aber die Möglichkeit, Zuschüsse für die bessere Erreichbarkeit von z.B. Garten und Terrasse zu erhalten. Demnach beschränken sich die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nicht allein auf die Grenzen der Wohnung. Die Pflegekasse hat den Antrag dann zu bewilligen, wenn es sich nicht um Modernisierungsmaßnahmen handelt, sondern wenn es erforderlich ist, dass die Umbauten einen „behinderungsbedingten Mehraufwand mit sich bringen und so von nichtpflegebedürftigen Personen üblicherweise nicht genutzt werden“ (Janda 2019, S. 68). (vgl. Janda 2019, S. 67f.)

Pflegehilfsmittel (§40 Abs. 1 SGB XI)

Pflegehilfsmittel dienen zur Erleichterung der Pflege oder Linderung der Beschwerden der Pflegebedürftigen sowie auch zur Ermöglichung einer selbstständigeren Lebensweise. Diese Pflegehilfsmittel werden nur dann bewilligt, wenn nicht andere Leistungsträger aufgrund von Krankheit oder Behinderung in der Zuständigkeit sind. Wenn die Ausstattung der Pflegehilfsmittel über dem Notwendigen liegt, so muss ein Mehrbetrag selbst getragen werden. Die Kosten für Produkte zum Verbrauch, wie beispielsweise Einmalhandschuhe, werden monatlich in Höhe von 40€ von der Pflegekasse erstattet.

Technische Pflegehilfsmittel werden leihweise oder gegen Zuzahlung zur Verfügung gestellt. Bei der Zuzahlung muss ein Eigenanteil von zehn Prozent, aber maximal 25 Euro gezahlt werden. Wenn eine Entleiherung erfolgt, entfällt die Zuzahlung. Beispiele für technische Hilfsmittel sind Notrufsysteme, Pflegebetten oder auch Sitzhilfen. Die Notwendigkeit der Anschaffung wird von den Pflegekassen überprüft. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021, S. 22)

Teilstationäre Tages- und Nachtpflege (§41 SGB XI)

Die teilstationäre Pflege beschreibt Strukturen, bei denen der*die Pflegebedürftige nur für einen Teil des Tages oder nachts in einer Einrichtung versorgt wird. Geschaffen wurden diese, um Lücken in der häuslichen Pflege zu schließen. Es ist möglich, dass sämtliche anderen Leistungen, ausgenommen der vollstationären Pflege, mit dieser Art von Leistung kombiniert werden können. Anspruch haben

ausschließlich Pflegebedürftige der Pflegegrade zwei bis fünf. Der Anspruch zur teilstationären Versorgung umfasst ebenso die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege, die ausschließlich bei dieser Leistung nicht getrennt behandelt wird. Der Transport der Pflegebedürftigen ist von und zur Einrichtung mitinbegriffen. (vgl. Janda 2019, S. 68 f.)

Neben den genannten Leistungen bieten die teilstationäre Tages- und Nachtpflege eine begleitende Unterstützung. Unter diesen Begriffen versteht man eine vorübergehende Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung (beispielsweise Tagespflege). Diese Leistungen können in Anspruch genommen werden, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder eine Erforderlichkeit zur Stärkung oder Ergänzung der häuslichen Pflege gegeben ist. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021, S. 26) Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Pflegeperson erwerbstätig ist oder der*die Pflegebedürftige einer ständigen Aufsicht bedarf. Außerdem kommt die teilstationäre Versorgung in Betracht, wenn der*die Pflegebedürftige in dieser Einrichtung Maßnahmen zur Rehabilitation erhält. Mit der Stärkung der häuslichen Pflege ist ebenso die zeitweilige Entlastung der Pflegeperson gemeint. (vgl. Janda 2019, S. 69) Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung müssen privat getragen werden. Für die Inanspruchnahme kann auch der Entlastungsbetrag genutzt werden, auch für die eigentlich selbst zu tragenden Kosten für Verpflegung und Unterkunft, sogenannte „Hotelkosten“. Pflegebedürftige mit Pflegegrad eins können den Entlastungsbetrag für den Aufenthalt in Tages- und Nachtpflege verwenden. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021, S. 26f.)

Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)

Neben der Verhinderungspflege ist dies ebenso eine Möglichkeit für einen kurzen Zeitraum eine vollstationäre Pflege in Anspruch zu nehmen. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht auch wieder ab Pflegegrad zwei. Pflegebedürftige mit Pflegegrad eins können auch hierfür den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € einsetzen. Die Kurzzeitpflege greift dann, wenn Pflegebedürftige auf vollstationäre Pflege angewiesen sind, beispielsweise für die Bewältigung einer Krisensituation bei der häuslichen Pflege oder nachfolgend eines Krankenhausaufenthaltes. (vgl.

Bundesministerium für Gesundheit 2021, S. 28) Weitere Gründe können auch die Abwesenheit der Pflegeperson aufgrund von Urlaub oder der Umbau der Wohnung des Pflegebedürftigen sein. In jedem Fall ist aber zu prüfen, ob die Leistungen der Verhinderungspflege noch nicht ausgeschöpft sind und angewandt werden können, bevor die Kurzzeitpflege bewilligt wird. Die Kurzzeitpflege ist unterstützend zur teilstationären Pflege und kommt nur in Betracht, wenn der*die Pflegebedürftige einer Betreuung rund um die Uhr bedarf. (vgl. Janda 2019, S. 69f.) Diese Leistung kann maximal acht Wochen im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden mit höchstens 1.612€. Wenn die Leistungen zur Verhinderungspflege für das Kalenderjahr noch nicht voll ausgeschöpft sind, so können diese auch für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden. Andersherum ist dieses auch möglich, nur dass die Mittel der Kurzzeitpflege bis maximal zu 50% auch für die Verhinderungspflege genutzt werden kann. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021, S. 28)

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2021 an die Pflegeversicherung im Überblick			Pflegegrad 1 geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 2 erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 3 schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 4 schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	Pflegegrad 5 schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
Häusliche Pflege	Pflegegeld von € monatlich ¹	–		316,00	545,00	728,00	901,00
	Pflegesachleistungen von bis zu € monatlich ²	*		689,00	1.298,00	1.612,00	1.995,00
Verhinderungspflege ³ durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder ⁴	Pflegeaufwendungen für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich	–		474,00 (1,5-Faches von 316,00)	817,50 (1,5-Faches von 545,00)	1.092,00 (1,5-Faches von 728,00)	1.351,50 (1,5-Faches von 901,00)
		–		1.612,00	1.612,00	1.612,00	1.612,00
Kurzzeitpflege ⁶	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich ⁷	*		1.612,00	1.612,00	1.612,00	1.612,00
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen von bis zu € monatlich	*		689,00	1.298,00	1.612,00	1.995,00
Entlastungsbetrag bei ambulanter Pflege	Leistungsbetrag bis zu € monatlich	125,00		125,00	125,00	125,00	125,00
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen	€ monatlich	214,00		214,00	214,00	214,00	214,00

* Personen mit dem Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro pro Monat für diese Leistungen einsetzen.

Abbildung 3 Pflegeleistungen im Überblick (Bundesgesundheitsministerium, 2021)

5 Pflegepersonen

Im Verlauf dieser Arbeit und beim Gesetzgeber wird von Pflegeperson und auch pflegenden Angehörigen gesprochen.

Der Begriff Pflegeperson ist in §19 SGB XI genauer beschrieben. „ Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des §14 SGB XI in seiner häuslichen Umgebung pflegen.“

Nicht erwerbsmäßig bedeutet hierbei, dass die Pflegeperson kein Geld erhält. Ausgenommen ist dabei aber der Erhalt des Pflegegeldes, da dies rein als Anerkennung deklariert wird. (vgl. Marburger 2019, S. 21)

Wie wird man Pflegeperson? Laut §19 SGB XI muss der Pflegekasse die Pflegeperson bekannt sein, wenn diese die Pflichten zur Pflege und Betreuung des Versicherten übernimmt. Unter anderem ist dies auch deshalb wichtig, damit die Pflegekasse die Pflegeperson dem Renten- und Unfallversicherungsträger und auch der Agentur für Arbeit melden kann. Die Pflegeperson erhält nach §19 Satz 2 SGB XI Leistungen zur sozialen Sicherung, wenn er*sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens zwei Tage, pflegt. (vgl. ebd.)

Der Gutachter fragt bei der Begutachtung ab, wie viele Pflegepersonen es gibt und wie viele Pfl egetage bzw. – stunden diese Person dann übernimmt. Im sogenannten Formulargutachten schreibt der Gutachter nieder, ob der*die Pflegebedürftige die vorgeschriebene Mindestpflegezeit bei dem Rentenversicherungsträger erbringt. Die Erfüllung der Voraussetzung soll im persönlichen Gespräch eruiert werden. Die Angaben werden an die Pflegekasse dann weitergegeben. (vgl. Marburger 2019, S. 23)

Pflegende Angehörige werden als „Rückrad der häuslichen Pflege“ bezeichnet (Perrig – Chiello/ Höpflinger 2012, S.113) Zumeist ist das eine dauerhaft stressige Aufgabe, die noch neben einer beruflichen Situation bewältigt werden muss. Dabei entstehen auch Belastungen für Gesundheit, aber auch Befindlichkeiten und sozialer Teilhabe. (vgl. ebd.) Dennoch zeigt sich die Pflegebereitschaft gerade innerhalb der Familien über Jahre hinweg sehr hoch. Durchschnittlich betreuen zwei Pflegepersonen innerhalb der Familie einen*eine Pflegebedürftige*n. Bei einem

Drittels ist es nur eine Person, die sogenannte Hauptpflegeperson. (vgl. Bükler 2015, S. 13) Welche Leistungen es für diese gibt, werden im Folgenden ausgeführt.

5.1 Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege

Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen, sowie Pflegepersonen sollen in vielfältiger Weise unterstützt werden. Dies dient vor allem dazu, die häusliche Pflege sicherzustellen und den Vorrang vor der stationären Pflege zu gewähren. Die verschiedenen Angebote sollen die Betreuung und Versorgung im häuslichen Umfeld erleichtern. (vgl. Janda 2019, S. 60)

Pflegekurse nach §45 Abs. 2 SGB XI

Durch die Übernahme der Pflege wird viel Verantwortung auf die Pflegepersonen bzw. pflegenden Angehörigen übertragen. Neben der Belastung durch die Pflege selbst gibt es viel Bedarf Rechtliches, Organisatorisches oder auch Pflegerisches zu lernen. Durch Hilfestellungen, die bei Schulungen, Kursen oder Seminaren gegeben werden, kann das Belastungserleben als geringer eingestuft werden. Da Pflegekursen eine erhebliche Bedeutung bemessen wird, wurde mit dem Pflegestärkungsgesetz II eine Verpflichtung eingeführt, in der die Pflegekassen unentgeltlich Pflegekurse zur Verfügung stellen müssen. Die hohe Bedeutung ist auf Grund der Vermittlung von fachlichen Kenntnissen entstanden, welche die Pflegepersonen eine Pflegesituation besser bewältigen lassen können. (vgl. Marburger 2019, S. 38)

Es ist irrelevant, ob die Pflegepersonen ehrenamtlich tätig oder Verwandte sind. Alle sind berechtigt an den Pflegekursen teilzunehmen. Die Pflegekassen haben das Recht, sich mit anderen Pflegekassen zusammen zu schließen, oder die Kurse an geeigneten Einrichtungen zu delegieren. Unumstößlich ist aber hierbei der Grundsatz, dass die Aufgaben sachgerecht, im Recht und Interesse der Betroffenen erfüllt werden müssen, nach §97 SGB XI. (vgl. Janda 2019, S. 60)

Für Pflegepersonen nach §19 SGB XI besteht auch die Möglichkeit auf Wunsch eine Einzelschulung in der häuslichen Umgebung des*der Pflegebedürftigen zu

erhalten. Damit wäre gewährt, dass individuell auf die Pflegesituation im Alltag eingegangen werden und gleichzeitig nach Verbesserungsmöglichkeiten in der Pflege gesucht werden kann. Wichtig hierbei ist es aber, dass es einer schriftlichen Einwilligung des*der Pflegebedürftigen bedarf, wenn die Schulung in der Häuslichkeit stattfinden soll. Im Falle dessen der*die Pflegebedürftige einwilligungsunfähig ist, muss die Einwilligung des*der gesetzlichen Vertreters*in eingeholt werden. (vgl. Marburger 2019, S. 38f.)

Anbieter der Kurse sind in den Rahmenverträgen der Pflegekasse festgehalten. Wie bereits erwähnt, besteht die Möglichkeit geeignete Einrichtungen mit der Durchführung der Pflegekurse zu beauftragen. Oft sind dies die Träger der Wohlfahrtspflege oder Vereine. (vgl. ebd.) In den Rahmenvereinbarungen sind ebenso Absprachen über die notwendige Qualifikation der Kursleiter*innen getroffen, sowie auch der zeitliche Umfang der Schulung. Einmalige Veranstaltungen über wenige Stunden werden als nicht ausreichend aufgefasst. (vgl. Janda 2019, S. 60f.)

Beispiele für Inhalte der Kurse sind die Mobilisierungs- und Lagerungsmethoden, rückschonende Transfermethoden, Ernährung und Vorbeugung, Hilfsmittel und Rehabilitationsmaßnahmen und Pflegeversicherungsrecht. Ebenso können bzw. sollten die Teilnehmer*innen den Kurs auch dafür nutzen von ihren persönlichen Pflegerfahrungen zu berichten- sowohl positive als auch negative-, sich Anregungen und Ratschläge für ihre persönliche Pflegesituation holen, Entlastungsangebote kennenlernen, Ängste abzubauen und sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. (vgl. Marburger 2019, S. 40) Mit Hilfe dieser Kurse ist es auch das Ziel die Selbstständigkeit des*der Pflegebedürftigen zu erkennen und dementsprechend zu pflegen. (vgl. ebd.) Um spezielle Kurse wahrnehmen zu können gibt es Selbsthilfeorganisationen, die auch Kurse organisieren. Die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) hilft deutschlandweit und regional Selbsthilfevereinigungen zu finden. Auch die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft bietet Spezialkurse für Pflegepersonen bzw. pflegende Angehörige von Demenzerkrankten an. Die Betreuung während der Zeit des Kurses kann über die stundenweise Verhinderungspflege abgerechnet werden. (vgl. Marburger 2019, S. 41)

Beratung der Pflegebedürftigen nach §37 Abs. 3-8 SGB XI

Die Empfangenden von Pflegegeld haben Anspruch auf eine umfassende Pflegeberatung. Gleichsam hat die Pflegeversicherung auch eine Pflicht etabliert, dass je nach Pflegegrad viertel- oder halbjährlich eine Pflegeberatung in Anspruch genommen werden muss. Es besteht ein Anspruch auf unabhängige Beratung, auch wenn man Bezieher*in der Pflegesachleistung ist. (vgl. Janda 2019, S. 62) Angehörige oder Pflegepersonen nach §19 SGB XI haben direkt keinen Anspruch auf diese Leistung. Nach §7a SGB XI kann der*die Pflegebedürftige auf Wunsch eine Beratung für die Pflegeperson oder den*die pflegende*n Angehörige*n in Anspruch nehmen, oder genannte Personen können bei einer Pflegeberatung dabei sein. Ebenso auf Wunsch des*der Pflegebedürftigen findet die Pflegeberatung Zuhause statt. Jede*r Pflegebedürftige soll eine feste Beratungsperson haben, die für ihn*sie zuständig ist. Wenn der*die zuständige Berater*in nicht da ist, so muss die Pflegekasse Ersatz vorschlagen. (vgl. Marburger 2019, S. 34)

Inhalte der Pflegeberatung sind der Bezug zur pflegefachlichen Hilfe sowie auch die praktische Unterstützung der Pflegenden. Die Pflegeberatung dient zur Qualitätssicherung der Pflege Zuhause sowie auch der Bekanntmachung der Auskunfts-, Unterstützungs- und Beratungsangebote der Pflegestützpunkte. Zu unterscheiden ist die Pflegeberatung nach §37 Abs. 3 SGB XI von der allgemeinen Pflegeberatung der Pflegekassen nach §7a SGB XI. Zweiteres ist eine Beratung iVm. §14 SGB XI und dient der reinen Auskunft der möglichen Sozialleistungen und des Hilfeanspruchs, welche nicht allein auf das SGB XI beschränkt sind. Bei dieser Pflegeberatung wird auch die Pflegeberatung nach §37 Abs. 3 SGB XI zu Rate gezogen um dann auf dieser Grundlage einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen. Dieser enthält die notwendigen Sozialleistungen, Hilfen zur Gesundheitsförderung, Prävention oder Rehabilitation, sonstige Hilfen und auch Maßnahmen zur Entlastung der Pflegeperson. Diese Beratung umfasst den Case- Management- Ansatz und ist im Unterschied zu §37 SGB XI freiwillig und hat für den*die Pflegebedürftige*n auch einen reinen Empfehlungscharakter. Im Fokus der §37 SGB XI- Beratung liegt die Qualität der Pflege der pflegebedürftigen Person. (vgl. Janda 2019, S. 62f.)

5.2 Angebote zur Unterstützung im Alltag

Angebote zur Unterstützung im Alltag nach §45 SGB XI im Zusammenhang mit dem Entlastungsbetrag

Da der Entlastungsbetrag etwas umfassender ausgeführt wird, wird dieser nun extra in einem Kapitel gemeinsam mit den Angeboten zur Unterstützung im Alltag beleuchtet. Dies ergibt sich daraus, dass alle Angebote auch eine Entlastung der Pflegepersonen implementieren.

Der Entlastungsbetrag ist eine Geldleistung von monatlich 125 Euro, der allen Pflegegraden zusteht, aber nur Pflegebedürftigen, die in der Häuslichkeit gepflegt werden. Der Betrag ist zweckgebunden für qualitätssichernde Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen einzusetzen. Weiterhin gilt es auch diesen Betrag als Förderung zur Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit im Alltag zu nutzen. Der Entlastungsbetrag dient als Erstattung für Aufwendungen, die*der Pflegebedürftige hat, wenn er Leistungen zur Tages- oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Leistungen der Pflegedienste oder Leistungen von nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nimmt. Bei den Pflegediensten ist hinzuzufügen, dass die Pflegegrade zwei bis fünf keine Leistungen im Bereich der Selbstversorgung mit diesem Betrag abdecken können. Die benannten Unterstützungsangebote, nach Landesrecht anerkannt, werden im Laufe der Arbeit weiter ausgeführt. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021, S. 12f.)

Bei den Pflegediensten und Betreuungsdiensten sind Leistungen abrechenbar, die im Sinne der häuslichen Pflegesachleistung entstehen, insbesondere die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung.

Allein der Pflegegrad eins hat die Möglichkeit diesen Betrag auch für Leistungen einsetzen zu können, bei denen es sich um die körperbezogene Selbstversorgung handelt, beispielsweise Unterstützung beim Duschen oder Baden.

Bei den erwähnten Betreuungsdiensten und nach Landesrecht anerkannten Unterstützungsangeboten richtet sich hier der Fokus eher auf die Entlastung der Pflegepersonen. Dies umfasst sowohl die Entlastung in der Eigenschaft als Pfleger, aber vor allem um die Unterstützung im Alltag und bei der Betreuung.

Der Entlastungsbetrag wird anders als das Pflegegeld nicht auf das Konto des*der Pflegebedürftigen überwiesen, sondern kann allein von den genannten Dienstleis-

tern bei der Pflegekasse abgerufen werden. Dafür ist ein Nachweis über die erbrachte Leistung erforderlich. (ebd.)

Wenn der Beitrag zur Entlastung in einem Kalendermonat nicht vollständig ausgeschöpft ist, so verfällt die Leistung nicht, sondern kann in weiteren Monaten abgerufen werden. Dies ist möglich bis zum Ende des darauffolgenden Kalenderhalbjahres. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021, S. 12f.)

Die nach Landesrecht anerkannten Unterstützungsangebote sind sogenannte niedrigschwellige Betreuungsangebote in Mecklenburg- Vorpommern.

Die Definition sowie auch die Aufgaben und Grenzen sind in der „Landesverordnung über niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote, ehrenamtliche Strukturen und Selbsthilfe, sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen“ vom 16.10.2010 festgehalten.

In der Verordnung sind die nach §45b Abs. 1 SGB XI anerkannten Betreuungsangebote festgehalten.

Gleichsam auch die Entlastungsangebote nach §45 a SGB XI, die besonders für die Pflegepersonen von großer Bedeutung ist.

Seit dem 3. September 2019 gibt es neben den ambulanten Pflegediensten und den niedrigschwelligen Angeboten auch die Möglichkeit, den Entlastungsbetrag von ehrenamtlichen Nachbarschaftshelfer*innen abrechnen zu lassen. Die ist in der „Zweiten Landesverordnung zur Änderung der Betreuungsangebotelandesverordnung“ festgehalten. Die Art und Weise der Anerkennung ist in jedem Bundesland unterschiedlich. Für Mecklenburg- Vorpommern ist die Voraussetzung eine achtstündige Schulung, welche alle zwei Jahren mit einer sechsstündigen Schulung aktualisiert werden muss. Die Schulung wird durch die AOK Pflegeakademie in MV übernommen. Die Tätigkeiten der ehrenamtlichen Nachbarschaftshelfer*innen unterscheiden sich nicht von den anderen Trägern, bis auf, dass die Nachbarschaftshelfer*innen keine pflegerischen Leistungen erbringen dürfen. Die Begleitung zu Ärzt*innen, sowie entsprechende Fahrten, Betreuung, einkaufs- und hauswirtschaftliche Hilfen und Anregung und Unterstützung von Hobbies sind genauso gegeben. Die ehrenamtlichen Nachbarschaftshelfer*innen rechnen selbst-

ständig durch ihr Institutionskennzeichen, welches sie bei der Schulung erhalten, bei den Pflegekassen ab. Die 125€ pro pflegebedürftige Person gelten als Aufwandsentschädigung. Der*die ehrenamtliche Nachbarschaftshelfer*in darf höchstens 25 Stunden im Kalendermonat erbringen und maximal zwei Pflegebedürftige betreuen. Der*die ehrenamtliche Nachbarschaftshelfer*in muss einige Bedingungen erfüllen. Dazu gehören neben der Schulung auch, dass er*sie nicht mit der pflegebedürftigen Person verwandt oder verschwägert bis zum zweiten Grad sein, nicht in einem Haushalt leben, in geeigneter Nähe des Pflegebedürftigen wohnhaft sein müssen, und auch nicht als Pflegeperson eingetragen sein dürfen. Die Betreuung der ehrenamtlichen Nachbarschaftshelfer*innen wird durch die Pflegestützpunkte gewährleistet.

5.3 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Durch die Reformen der Pflegeversicherung in den vergangenen Jahren wurden die Pflege in der Häuslichkeit und die Unterstützung der pflegenden Angehörigen gestärkt. Essentiell für die Reformen war es, Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu schaffen. (vgl. Marburger 2019, S. 49) Einige Möglichkeiten, Pflege und Beruf zu vereinbaren, werden nun vorgestellt.

Pflegezeitgesetz

2008 trat das Pflegezeitgesetz in Kraft, welches durch das Pflegestärkungsgesetz zum 1.1.2016 nochmals überarbeitet wurde. Mit Hilfe des Pflegezeitgesetzes ist es möglich, dass sich Arbeitnehmer*innen einige Zeit aus dem Beruf freistellen lassen, um die Pflege für beispielsweise einen Angehörigen sicherzustellen. Ziel dieses Gesetzes ist es, Beschäftigten (sind Arbeitnehmer*innen, zu ihrer Berufsbildung Beschäftigte, in Heimarbeit Beschäftigte, Teilzeitkräfte, geringfügig Beschäftigte und Aushilfen) die Möglichkeit zu bieten nahe Angehörige zu Hause zu pflegen. Als nahe Angehörige gelten: Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehepartner*innen, Lebenspartner*innen, Partner*innen in ehe- oder lebenspartnerschaftlichähnlichen Gemeinschaft, Geschwister und verschwägte Ehepartner*innen der Geschwister, Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner*innen der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner*innen, Kinder, Adoptiv- oder

Pflegekinder, selbige des*der Ehepartners*in und Lebenspartners*in, Schwiegerkinder und Enkelkinder. (vgl. Marburger 2019, S. 51)

Die Beschäftigten haben dann einen Freistellungsanspruch, der teilweise oder vollständig gilt. Die Höchstdauer beträgt sechs Monate. Dieser Anspruch kann aber nur in einem Betrieb geltend gemacht werden, der eine Mindestgröße von 15, demnach 16, Mitarbeiter*innen aufweisen kann. Der*die Arbeitnehmer*in ist in der Nachweispflicht gegenüber dem*der Arbeitgeber*in. Dieser Nachweis ist durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des MDK bzw. des*der beauftragten Gutachter*in zu erbringen. Wenn die Pflegezeit durch den*die Arbeitnehmer*in angekündigt wurde, muss die Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen ein entsprechendes Gutachten erstellen lassen. Diese Frist beginnt mit Antragseingang. Nach der Begutachtung muss von dem Antragstellenden eine unverzügliche schriftliche Meldung erfolgen, welche Empfehlung der*die Gutachter*in an die Pflegekasse weiterleitet. Der*die Arbeitnehmer*in muss selbst eine Frist beachten, in der er*sie die Pflegezeit ankündigen muss. Dies muss spätestens zehn Tage vor Inanspruchnahme der Leistung und ebenso schriftlich erfolgen. Dabei muss auch der Zeitraum und die Art der Freistellung offen gelegt werden. Da es noch die Möglichkeit gibt, statt der Pflegezeit Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen (wird im Folgenden genauer erklärt), sollte es eine eindeutige Zuschreibung geben. Wenn dem nicht so ist gilt die Freistellungserklärung automatisch als Ankündigung von Pflegezeit nach §3 Abs. 3 Pflegezeitgesetz).

Wenn eine teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, muss auch die bevorzugte Verteilung der Arbeitszeit mit angegeben werden, so dass der*die Arbeitnehmer*in beispielsweise nur einige Stunden am Tag oder einige Tage in der Woche der Arbeit fernbleibt. In den meisten Fällen ist das der Fall, wenn es mehrere Pflegepersonen gibt. Grundsätzlich ist zu sagen, dass der*die Arbeitgeber*in den Wünschen des*der Beschäftigten zu entsprechen hat. Wenn es dringenden betrieblichen Angelegenheiten entgegensteht, kann der*die Arbeitgeber*in die Pflegezeit auch verweigern. Diese Regelung ist dem Bundeselterngeld- oder Elternzeitgesetz nachempfunden.

Die Regelung über das Pflegezeitgesetz soll den*die Arbeitgeber*in vor einer Überlastung bewahren. Die Ablehnung muss aber triftige Gründe vorweisen, die

den Vorrang gegenüber der häuslichen Pflege rechtfertigen. (vgl. Marburger 2019, S. 61ff.)

Wenn nicht die maximale Dauer der Pflegezeit in Anspruch genommen wird, so kann diese auf die Höchstdauer mit einer entsprechenden Begründung verlängert werden. Beispielsweise würde dies in Kraft treten, wenn ein vorhergesehener Wechsel einer Pflegeperson aufgrund einer Erkrankung nicht vorgenommen werden kann. Die Beschäftigten können nicht einseitig die in Anspruch genommene Pflegezeit beenden. Das heißt, dass sie vollständige beantragte Zeit auch nehmen müssen. Ausnahmen werden in §4 Abs. 2 Pflegezeitgesetz beschrieben. Diese treten in Kraft, wenn der*die nahe Angehörige nicht mehr pflegebedürftig ist oder es nicht mehr zumutbar ist, ihn in der Häuslichkeit zu pflegen, das heißt, er*sie in einen stationären Aufenthalt wechseln muss oder verstirbt. Dann ist die Pflegezeit innerhalb von vier Wochen beendbar. Der*die Arbeitnehmer*in muss den*die Arbeitgeber*in sofort darüber unterrichten. Dieser muss dann entsprechend dem Pflegezeitgesetz auch zustimmen. (vgl. Marburger 2019, S. 64ff.)

Die pflegenden Angehörigen sind während der Pflegezeit sozial abgesichert. Während der Pflegezeit sind in §44a SGB XI Beitragszuschüsse für die Kranken- und Pflegeversicherung für den*die Arbeitnehmer*in vorgesehen. Die Zuschüsse liegen in der Höhe der Mindestbeträge, die in allen Versicherungsarten zu entrichten sind. Die tatsächliche Höhe der Beiträge darf nicht überschritten werden. Nach §44 Abs. 3 SGB XI ist ebenso die Gewährung von Pflegeunterstützungsgeld vorgesehen. Der*die Arbeitnehmer*in hat zusätzlich einen Sonderkündigungsschutz, der ähnlich dem Kündigungsschutz in der Elternzeit ist. Dieser ist in §5 Abs. 1 Pflegezeitgesetz festgehalten. Bei Beendigung oder vorläufiger Beendigung entfällt dieser. (vgl. Marburger 2019, S.66f.)

Familienpflegezeit

Eine weitere Unterstützungsmöglichkeit ist die Familienpflegezeit. Dies ist ebenso gesetzlich festgehalten im Familienpflegezeitgesetz. 2012 trat es erstmals in Kraft und wurde 2015 weiter ausgebaut, sowie mit dem Pflegezeitgesetz verbunden. Die Familienpflegezeit ist eine Möglichkeit für den*die pflegende*n Angehörige*n, seine Arbeitszeit zu verringern. Diese Verringerung ist längstens für den Zeitraum

von 24 Monaten möglich. Hierbei kann der*die Arbeitnehmer*in sich auch ein Darlehen gewähren lassen. Die Verringerung der Arbeitszeit muss wöchentlich 15 Stunden betragen. Wenn die Arbeitszeiten des*der Arbeitnehmers*in wöchentlich unterschiedlich sind, so ist der Durchschnitt der Gesamtarbeitszeit in der Woche zu errechnen. (vgl. Marburger 2019, S. 71)

Wie auch beim Pflegezeitgesetz ist die Familienpflegezeit ausschließlich für Beschäftigte möglich, mit Ausnahme von geringfügig Beschäftigten. Ebenso besteht auch hier die Mindestbeschäftigungszahl von 15 Mitarbeiter*innen im Betrieb. Auf die Familienpflegezeit haben seit 2015 die pflegenden Angehörigen einen Rechtsanspruch nach §2 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz. Möglich ist es, hier auch diesen Anspruch bei der Betreuung minderjähriger pflegebedürftiger Kinder geltend zu machen, nach §2 Abs. 5 Familienpflegezeitgesetz. Beispielsweise ist auch die Begleitung bei einem längeren Krankenhausaufenthalt möglich. Voraussetzung ist aber die Anerkennung auf Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI. (vgl. Marburger 2019, S. 72)

Bei Beanspruchung der Familienpflegezeit muss der*die Arbeitnehmer*in dem*der Arbeitgeber*in diesen Wunsch mindestens acht Wochen vor Beginn mitteilen. Dies hat auch schriftlich zu erfolgen. In dieser Erklärung muss der Zeitraum benannt werden, sowie auch die Beschreibung des Umfangs und die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit. Auch hier gilt wie beim Pflegezeitgesetz schon benannt, wenn keine eindeutige Zuschreibung erfolgt und der Zeitraum beispielsweise nur über sechs Monate beschrieben ist, so wird die Ankündigung als Erklärung für Pflegezeit angesehen. Der*die Arbeitgeber*in ist hier aber verpflichtet, den Wünschen des*der Arbeitnehmers*in zu entsprechen. Nur dringende betriebliche Gründe können hier eine Abweichung rechtfertigen. Ebenso wie bei dem Pflegezeitgesetz ist auch bei der Familienpflegezeit eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des MDK bei dem*der Arbeitgeber*in nachzuweisen, in dem die Pflegebedürftigkeit des*der nahen Angehörigen ersichtlich ist. Wenn sich Umstände verändern sollten, wie auch beim Pflegezeitgesetz genannte Umstände, so endet die Familienpflegezeit vier Wochen nach Eintritt des Umstandes. Bei vorzeitiger Beendigung muss auch hier der*die Arbeitgeber*in zustimmen. (vgl. Marburger 2019, S. 72f.)

Wenn zuerst die Pflegezeit in Anspruch genommen wird, besteht für den*die Beschäftigte*n die Möglichkeit die Familienpflegezeit anzuschließen. Insgesamt darf aber die Dauer von 24 Monaten nicht überschritten werden. Wenn die Konstellati-

on andersherum erfolgt und die Familienpflegezeit bereits mit einer kurzen Freistellung ausgeschöpft ist, so kann im Anschluss daran nur noch die Pflegezeit mit einer begrenzten Dauer von sechs Monaten erfolgen. (vgl. ebd.)

Der*die Arbeitnehmer*in genießt während der Familienpflegezeit sowie auch in der Nachpflegezeit einen besonderen Kündigungsschutz, der auch hier dem Kündigungsschutz während der Schwangerschaft gleichgesetzt ist. (vgl. Marburger 2019, S. 74f.)

Ausstehend ist die Frage nach der Finanzierung der Familienpflegezeit und der Pflegezeit. Der*die Arbeitnehmer*in hat die Möglichkeit, ein zinsloses Darlehen nach §3 Familienpflegezeitgesetz gewährt zu bekommen, um finanzielle Einbußen zu kompensieren. Die monatliche Darlehenszahlung entspricht der Hälfte der Differenz, die errechnet wird aus dem monatlichen Nettoentgelt und dem, was der Arbeitnehmer während der Pflegezeit oder Familienpflegezeit erhält. (vgl. Marburger 2019, S. 75f.)

Das Darlehen ist vorrangig anderer Sozialleistungen, die bedürftigkeitsabhängig sind. Innerhalb von 48 Monaten nach der Freistellung muss das Darlehen zurückgezahlt werden. Spätestens beginnen muss die Rückzahlung im 25. Monat nach Beginn der Förderung. (vgl. ebd.)

Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

Nach §2 Abs. 3 Pflegezeitgesetz, hat der*die Beschäftigte bei einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung (bis zu 10 Tage) die Möglichkeit Pflegeunterstützungsgeld zu bekommen. Dies wird als Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt bezeichnet. Voraussetzung hierfür ist, dass der*die Arbeitnehmer*in keine weitere Entgeltfortzahlung hat oder Kranken- oder Verletztengeld bezieht. Auch Minijobber*innen haben die Möglichkeit Pflegeunterstützungsgeld zu erhalten. Das Pflegeunterstützungsgeld wird aus der Pflegeversicherung des*der Pflegebedürftigen gezahlt. Da kein Austausch zwischen dem*der Arbeitgeber*in und der Pflegekasse stattfindet, muss der*die pflegende Angehörige hierfür einen Antrag stellen. Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes richtet sich nach §45 Abs. 2 Satz 3bis 5 SGB V. Es orientiert sich bei der Berechnung an dem Kinder- Krankengeld. Demnach entspricht das Pflegeunterstützungsgeld 90 Prozent des Nettoentgelts. Wenn der*die

pflegende Angehörige ein höheres Bruttoentgelt als 4.537 Euro (Stand: 2019) hat, so beträgt das Pflegeunterstützungsgeld nur noch 70 Prozent. (vgl. Marburger 2019, S. 51ff.)

Wenn mehrere Arbeitnehmer *innen den Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld geltend machen für eine*n nahen Angehörige*n, so wird das Pflegeunterstützungsgeld aufgeteilt. (vgl. Marburger 2019, S.55)

6 Situation der Pflegeperson/ pflegenden Angehörigen

Der Entlastungsbetrag wurde im vorherigen Punkt bereits vorgestellt. Aufgrund dessen, dass mit der Pflege einer pflegebedürftigen Person auch viel Belastung einhergeht, stellt die Möglichkeit, zeitweise eine Ersatzbetreuung zu haben, eine große Erleichterung dar.

Die im Vorhinein genannte Hauptpflegeperson gehört meist zum „inneren“ Kern der Familie. Oftmals sind es der*die Ehepartner*in oder die Tochter oder der Sohn. Ca. dreiviertel aller Pflegepersonen sind weiblich, und mehr als 60 Prozent der sind über 55 Jahre alt. Auch wenn die vorher genannten Leistungen für die Pflegepersonen sich eher an die Berufstätigen richten und der größere Teil der Pflegepersonen nicht mehr im Erwerbsleben stehen, so sind doch 40 Prozent der Pflegepersonen noch erwerbstätig und haben eine sogenannte Mehrfachbelastung, wie bereits angesprochen, von Familie und Beruf, sowie auch Haushalt und Pflege. (vgl. Büker 2015, S. 13)

Oft wird die Übernahme der Pflege als Selbstverständlichkeit oder gar Verantwortung auf Grund von Liebe und Zuneigung oder auch Pflichtgefühl betrachtet. Ein weiteres großes Motiv ist auch der Wunsch an die Eltern, etwas zurück zu geben. Leider spielen aber auch die Erwartungshaltungen anderer eine große Rolle, die belastend für die Pflegepersonen sein können. Die Erwartungshaltungen richten sich genau an die genannten Motive, nur dass zusätzlich ein intensiver Druck von außen kommt. Die Erwartungen anderer sind meist die Haltungen von Familie, Freunde oder Nachbar*innen, also dem direkten Umfeld. (vgl. ebd.)

Die Entscheidung zur Übernahme von Pflege wird in den seltensten Fällen bewusst gefällt, sondern ist eher ein schleichender Prozess, so wie die Pflegebedürftigkeit an sich auch. Selbst wenn die Pflegebedürftigkeit abrupt passiert, beispielsweise durch einen Schlaganfall, wird auch keine bewusste Entscheidung getroffen. Es folgt ein Automatismus durch die Überrumpelung. Dies wird laut Bükler bereits als ein gewichtiger Faktor für die Schwere der Belastung, die durch die Pflege entsteht, gesehen. (vgl. Bükler 2015, S. 13)

6.1 Belastungen der Pflegeperson/ pflegenden Angehörigen

Pflegepersonen werden nach einigen Untersuchungen zu einer vulnerablen Personengruppe hinzu geordnet. Vulnerabel in dem Sinne, dass diese Personen besonderen Belastungen ausgesetzt sind, durch die gravierende Folgen entstehen können. Was sind Belastungsfaktoren für pflegende Angehörige?

Nach Bükler gehört zum einen die zeitliche Belastung der pflegenden Angehörigen dazu. Laut BMG 2011 werden durchschnittlich 37,5 Stunden wöchentlich für die Pflege einer pflegebedürftigen Person aufgewendet. Somit ist das nochmals ein Vollzeitjob, neben der eigentlichen Hauptbeschäftigung. Die Belastung geht aufs Äußerste, wenn zusätzlich noch nachts Pflegebereitschaft besteht bzw. die Nachtruhe durch einen verschobenen Tag- Nacht- Rhythmus des*der Pflegebedürftigen gestört wird. (vgl. Bükler 2015, S. 14)

Des Weiteren kommt oftmals eine gesundheitliche Belastung dazu. Wie bereits erwähnt ist der Altersdurchschnitt der Pflegepersonen eher höher, also 55 Jahre und älter. In den meisten Fällen liegen zu diesem Zeitpunkt schon gesundheitliche Beschwerden vor. Durch die Pflege kommt nun aber durchaus noch eine weitere psychische und physische Belastung hinzu. Die Pflege ist natürlich körperlich anspruchsvoll, zum anderen weist sie auch eine hohe Belastung im psychischen auf, welche unter anderem durch die veränderte Situation und Beziehung zum Angehörigen ausgelöst wird. Nach Bükler sind Pflegepersonen auch häufiger krank als Nicht- Pflegepersonen. Dies könnte erweisen, dass die Pflege von Angehörigen als Gesundheitsrisiko bezeichnet werden kann. (vgl. ebd.)

Wie bereits erwähnt, geht die Pflege mit einer psychischen bzw. auch emotionalen Belastung einher. Die emotionale Belastung kann durch die Veränderung des*der Angehörigen eintreten. Mit der Veränderung kann sowohl der geistige als auch der körperliche Zustand gemeint sein. Wenn der geistige Zustand beeinträchtigt ist, so verändert sich auch meistens die Persönlichkeit des*der Pflegebedürftigen. Außerdem befindet sich die Pflegeperson nun in einer anderen Rolle gegenüber ihres*ihrer Angehörigen als sie es vor der Pflege tat. Die Veränderung kann ebenso emotionale Belastung wie Hilflosigkeit und Trauer bewirken. (vgl. Büker 2015, S. 14)

Auch die soziale Belastung nimmt erheblichen Einfluss auf die Pflegeperson. Aufgrund des hohen zeitlichen Aufwandes ist die Möglichkeit, die eigene Freizeit intensiv auszuleben bzw. so auszuleben, wie es früher getan wurde, nicht mehr möglich. Zugehörig dazu sind die Pflege eigener Kontakte und Hobbies oder sogar auch Urlaub zu machen. Auch die Möglichkeit, spontan Verabredungen wahrnehmen zu können, stellt sich als schwierig dar, da vorher erst eine Ersatzpflegeperson gefunden werden muss. Spannungen und soziale Isolierung können die Folgen aus der sozialen Belastung sein. (vgl. ebd.)

Für die pflegenden Angehörigen werden primäre und sekundäre Stressoren ebenfalls unterschieden. Die primären Stressoren sind hierbei die Stressoren, welche aus der Pflegebedürftigkeit resultieren. Sekundäre Stressoren sind „aus der Sorgeverantwortung sich entwickelnde“ (Schmidt 2020, S. 207) Faktoren. Zuordbar sind beide Stressoren den jeweiligen Belastungsfaktoren. Gleichsam gelten diese Stressoren auch für die Pflegebedürftigen selbst. (vgl. Schmidt 2020, S. 207)

Laut Befragungen empfinden 77 Prozent der pflegenden Angehörigen ihre Belastungen als eher stark bis sehr stark. Besonders stark ist die Belastung, wenn zusätzlich eine dementielle Erkrankung bei dem*der Pflegebedürftigen vorliegt. (vgl. Büker 2015, S. 14)

Annehmbar wäre, dass durch die bereits vorher aufgeführten Angebote für pflegende Angehörige die Belastungen nicht mehr sichtbar sein sollten, jedoch ist es schwer für Pflegepersonen Hilfe anzunehmen und auch Verantwortung abzugeben. Lediglich ein Drittel der Pflegepersonen nehmen Unterstützung durch die

Kombinationsleistung mit einem ambulanten Pflegedienst in Anspruch. Ebenso besuchen nur knapp 12 Prozent der pflegenden Angehörigen einen Pflegekurs. (vgl. Büker 2015, S. 16)

Warum werden entsprechende Leistungen nicht in Anspruch genommen? Mögliche Erklärungen hierfür wären Kostengründe, Informationsdefizite oder Unzufriedenheit bezüglich der Qualität der Leistungen. Oftmals entspricht das Angebot der Leistungen auch nicht den Erwartungen der pflegenden Angehörigen. Erwartungen hinsichtlich des Angebotes aber auch der Qualität. Gründe dafür könnten sein, dass bei professionellen Pflegeakteuren eher der Pflegebedürftige im Mittelpunkt steht, was erstmal seine Richtigkeit hat, aber der familiäre Umkreis sowie auch das dazugehörige Hilfef Potenzial und deren Bedürfnisse keine Betrachtung finden. Für einige Pflegepersonen stellt die externe Hilfe sogar eine zusätzliche Belastung dar, da sie beispielsweise die Tagesroutine durcheinander bringt, keine genauen Zeiten des Antreffens bekannt gegeben werden können und auch fremde Personen in den Haushalt „eindringen“. Die Annahme der Hilfe erfolgt bei spürbarer Entlastung. (vgl. Büker 2015, S. 16)

6.2 Konfliktbehaftete Zusammenarbeit von professionellen Helfern und Pflegepersonen/ pflegenden Angehörigen

Wenn Hilfe angenommen wurde, ist die Inanspruchnahme der Leistungen von professionellen Helfer*innen nicht immer frei von Konflikten. Professionelle Hilfen sind zum einen die Professionen der Pflege, aber zum anderen auch die Sozialarbeiter*innen. Gut gemeinte Vorschläge oder Hilfen werden hier nicht als eine Verbesserung der Pflegesituation betrachtet, sondern werden als Vorwürfe, Bevormundung, unerfüllbare Forderungen und Kritik angesehen und verstanden. Ebenso fühlen sich die Pflegepersonen teilweise auch nicht verstanden oder wertgeschätzt. (vgl. Kühnert/ Ignatzi 2019, S. 208f.) Die Hilfe anzunehmen bedeutet auch seine Grenzen zu erkennen und sich eventuell einzugestehen die Leistungen, die „gefordert sind“ nicht erbringen zu können. Mit der Forderung sind sowohl eigene Wertvorstellungen als auch der äußere Druck durch das soziale Umfeld gemeint. (vgl. ebd.)

Um etwaige Spannungen, Missverständnisse vermeiden zu können, ist es wichtig, die unterschiedlichen Sichtweisen der jeweiligen Akteur*innen zu verstehen und

sich auch in die entsprechenden Belange hineinzusetzen. So ist es leichter möglich, die Sinnhaftigkeit der Aussagen zu erkennen. Ziel ist es, als professionelle Helfer*innen die Lebenswelt des*der pflegenden Angehörigen zu verstehen und sich nach dem erlangten Verständnis ein Arbeitsbündnis aufzubauen welches durch erlangtes Vertrauen gekennzeichnet ist. (vgl. Kühnert/ Ignatzi 2019, S. 210)

7 Soziale Arbeit in der häuslichen Pflege

Die Hauptaufgabe der Sozialen Arbeit in der ambulanten Pflege ist es, das Zusammenwirken aller Professionen für die Versorgung zu optimieren, besonders bei komplexen Bedarfslagen. Ein wichtiger Ausgangspunkt ist es, auch hier die Prämisse zu unterstützen eine vollstationäre Pflege zu vermeiden oder hinauszuzögern. (vgl. Schmidt 2020, S. 210)

Von großer Bedeutung ist hierfür die Methode Case Management. Dies ist wichtig um Versorgungskontinuität sicherzustellen. In der ambulanten Pflege sind sechs Phasen des Case- Managements anzuwenden:

1. Risikogruppen mit komplexen Bedarfen zu erkennen
2. Durchführung einer entsprechenden Beurteilung, Einstufung
3. Versorgungsplanung
4. Implementierung und Koordination von Versorgungsdienstleistungen
5. Beobachtung der Gesamtkoordination um die optimale Versorgung sicherzustellen
6. Evaluation (Schmidt 2020, S. 2011)

Case Management darf nicht monodisziplinär in einer Profession festgehalten werden, sondern muss offen sein und mehrere Professionen in ihrer Zuständigkeit ansprechen. Um Case Management zufriedenstellend für den*die Pflegebedürftige*n auszuüben muss ein vernetztes Denken stattfinden, also diverse fachliche Perspektiven Einklang miteinander finden. Case-Manager*innen erfüllen damit nicht nur ihre eigene Profession aus der sie stammen, sondern das Handeln richtet sich lebensweltbezogen auf den*die Klient*in mit seinen*ihren Bedarfen.

Die Kernkompetenz der Case-Manager*innen ist die individuelle Fallsteuerung. Grundlage dafür ist die gelingende Koproduktion mit den Pflegebedürftigen und deren Haushalt, sowie auch den pflegenden Angehörigen.

Case Manager*innen müssen kein spezielles Durchführungswissen haben, sondern sind allein für die Bedarfsermittlung, die Begleitung, Identifizierung von potenziellen Interventionen, Abstimmung mit den Pflegebedürftigen bzw. ihrer Vertreter*innen und die Koordination der Leistungen zuständig. (vgl. Schmidt 2020, S. 211)

Die Aufgabe des*der Case Manager*in könnte man als Begleitung des*der Pflegebedürftigen im Mittelpunkt eines Versorgungskontinuums bezeichnen. (vgl. Schmidt 2020, S. 211)

7.1 Versorgungseingliederung

Voraussetzung für ein funktionierendes Hilfesystem ist eine funktionierende Versorgungsstruktur. Case Management kann bei einer fehlenden Struktur diese nur aufdecken, aber nicht kompensieren. Der Unterschied liegt hier zum Care-Management. (vgl. Schmid 2020, S. 211) Dies „zielt demgegenüber ab auf eine problem- bzw. bedarfsbezogene Optimierung von Versorgungsstrukturen, die Risiken der Unter-, Über- oder Fehlversorgung bergen.“ (Schmidt 2020, S. 211) Dabei sind Care- und Case- Management differenzierbar, aber nicht trennbar und sollten stets gemeinsam in Angriff genommen werden.

Ein gemeinsames Ziel der beiden ist es die Kommunikation der tätigwerdenden Instanzen aufrecht zu erhalten oder gar zu verbessern, für die optimale Versorgung. (vgl. Schmidt 2020, S. 212)

7.2 Beratung in der Pflege

Voraussetzung für die optimale Versorgung ist auch eine optimale Beratung. Dies erfordert einige Kompetenzen, wie Beratungskompetenz, aber auch das fachliche und leistungsrechtliche Fachwissen. Wichtig ist dabei, dass die Partizipation sowohl des*der Pflegebedürftigen als auch seiner*ihrer Angehörigen bedacht wird, also eine partizipative Entscheidungsfindung unterstützt wird. Der Kern der Beratung sollte es sein Versorgungsoptionen der entsprechenden Bedarfe darzulegen,

damit der*die Pflegebedürftige und seine*ihre Angehörigen für sich eine bevorzugte Variante auswählen können. (vgl. Schmidt 2020, S. 212)

8 Fazit und Ausblick

Betrachtet man abschließend die Ausarbeitungen, so sind Leistungen der Pflegeversicherung herausgearbeitet worden, die den Verbleib des pflegebedürftigen Menschen in der Häuslichkeit sichern können. Dennoch spielen die pflegenden Angehörigen und Pflegepersonen eine größere Rolle als vielleicht ursprünglich angenommen. Diese stellen eine wichtige Stütze im ambulanten Sektor da. Ohne sie würde ein Teil der Pflege zusammenbrechen. Dass dies beispielsweise aus beruflichen Gründen bei akuter Pflegebedürftigkeit nicht passiert, sind diese im Pflegerecht mit einigen Leistungen, wie z.B. dem Familienpflegegesetz oder dem Pflegeunterstützungsgeld bedacht worden. Der Stellenwert der Sozialen Arbeit hält sich in der ambulanten Pflege noch in Grenzen. Die Profession ist in Beratungsstellen vertreten. Die Methoden, welche in der Sozialen Arbeit genutzt werden, werden jedoch im Bereich der ambulanten Pflege ebenso praktiziert, somit ist die Rolle der Sozialen Arbeit größer als mit ihrer Präsenz angenommen.

Stellt der ambulante Pflegesektor ein Arbeitsfeld für die Soziale Arbeit dar? Die klare Antwort ist ja, nur ob sie genügend Betrachtung darin findet, ist bis heute fraglich. Die Literatur beschäftigt sich damit und nennt die Soziale Arbeit eine „Option“ (Schmidt 2020, S. 214). Entscheidend ist hierbei auch der Fachkräftemangel in der Pflege und die damit verbundene Reformierung, vielleicht auch Fusionierung des ambulanten und stationären Sektors. Spätestens dann müsse man sich Gedanken dazu machen, welche Professionen welche Hilfe leisten können und welche Kompetenzen unabdingbar sind. (vgl. Schmidt 2020, S. 214). Bereits mit §7a SGBXI ist auch die Profession der Sozialen Arbeit genannt, die mit einer Zusatzqualifikation auch Pflegeberatung durchführen dürfte. Mit Sicherheit gibt es genug Bedarfe, die eine Zusammenarbeit der ambulanten Pflege mit der Sozialen Arbeit rechtfertigen könnte, nur ist die Frage der Finanzierung ungeklärt. Bezugnehmend auf die Bedarfe sind hier neben den Pflegebedürftigen vor allem auch die pflegenden Angehörigen oder Pflegepersonen zu nennen. Abgesehen

von der teilweise fehlenden Inanspruchnahme von Leistungen, und damit sind nicht nur die pflegerischen Leistungen, sondern vor allem die Leistungen für die pflegenden Angehörigen gemeint, ist das psychosoziale Belastungserleben der pflegenden Angehörigen immens. Meines Erachtens reichen dort die Leistungen der Pflegeversicherung nicht aus. Es muss mehr im Bereich des beruflichen Sektors gemacht werden, um auch nicht in die Verlegenheit zu kommen, ein zinsloses Darlehen aufnehmen zu müssen, nur weil man letztendlich den §3 SGB XI mit all seiner Kraft bewahrt und seiner Familie etwas zurückgeben möchte. Denn dies ist mit das größte Motiv von der familiären Pflege.

Die Pflegeversicherung ist ein großer unpersönlicher Bereich, ein undurchsichtiger Dschungel. Eine leichte Sprache hilft da nicht, es hilft nur Transparenz und Einfühlungsvermögen. Alle Inanspruchnehmenden befinden sich in einer prekären, für sie teilweise peinlichen Lage. Wie viele Menschen schämen sich dafür Sozialleistungen in Anspruch zu nehmen, wollen sich ihren eigenen Bedarf nicht eingestehen. Dann eine Beratungsstelle raussuchen zu müssen, die wohlmöglich in für sie unerreichbarer Ferne ist, um sich zu informieren, schreckt ab. Ich finde die Zuständigkeit sollte auf kommunaler Ebene liegen, niedrighschwellig sein, um Bedarfe auch leichter feststellen zu können, sowie es Betroffenen leichter zu machen.

Generell sind die Leistungen der Pflegeversicherung im ambulanten Sektor diskutabel. Reicht die „Anerkennung“ für die Pflege? Denn als dieses wird das Pflegegeld betitelt. Unterstützt die Pflegeversicherung mit dieser Betitelung nicht den selbst ausgeführten Druck der Pflegepersonen, sich der Pflege ihrer Angehörigen verpflichtet zu fühlen? Bedarf es nicht der gleichen Entlohnung wie einer inanspruchgenommenen Pflegesachleistung? Was löst das in der Pflegeperson aus, wenn sie sieht, dass sie nur die Hälfte bekommt von dem, was ein Pflegedienst bekommt? Dabei ist ihr Umgang sicherlich anders als der eines Pflegedienstes. Reicht die Rechtfertigung der Professionalität?

Vielleicht wird die Pflegeversicherung nochmal reformiert. Zu hoffen ist es, denn die Pflegebedürftigkeit wird nicht abnehmen- im Gegenteil. Wie Schmidt bereits sagte, ist dann von großer Bedeutung inwiefern die Pflege mit anderen Professionen kooperiert. Vielleicht ist die Soziale Arbeit dann eine Option. Für mich ist sie keine- es ist ein Muss.

9 Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit: Ratgeber Pflegeleistungen zum Nachschlagen. Januar 2021

Büker, Christa: Pflegende Angehörige stärken. Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege. Stuttgart 2015

Habermann-Horstmeier, Lotte: Gesundheitsförderung und Prävention. Kompakte Einführung und Prüfungsvorbereitung für alle interdisziplinären Studienfächer. Bern 2017

Janda, Constanze: Pflegerecht. Baden-Baden 2019

Kühnert, Sabine/ Ignatzi, Helene: Soziale Gerontologie. Grundlagen und Anwendungsfelder. Stuttgart 2019

Marburger, Horst: rechte pflegender Angehöriger. Ansprüche auf soziale Absicherung, Beratungsrechte und Entlastungsangebote kennen und nutzen. Regensburg 2019

Matzk, Sören u.a.: Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs, K./ Kuhlmeier, A./ Greß, S./ Klauber, J./ Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Berlin 2020

Perrig-Chiello, Pasqualina/ Höpflinger, Francois (Hrsg.): Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege. Bern 2012

Rothgang, Heinz/ Müller, Rolf: Pflegereport 2019. Ambulantisierung der Pflege, Bremen. 2019

Schmidt, Roland: Soziale Arbeit in der pflegerischen Versorgung. In: Aner, Kirsten/Karl, Ute (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden. 2020, S. 207-214.

10 Internetquellen

Burkhardt, Wolfram: Einer für alle, alle für einen- Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung.

<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72358/solidarprinzip>

[Stand: 29.05.2021]

Bundesministerium für Gesundheit: Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegrade.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html#c3218>

[Stand: 29.05.2021]

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Pflegebedürftigkeitsstatistik Bundesgesundheitsministerium- Männer (Bundesgesundheitsministerium,2020).....	8
Abbildung 2 Pflegebedürftigkeit Bundesgesundheitsministerium- Frauen (Bundesgesundheitsministerium, 2020).....	9
Abbildung 3 Pflegeleistungen im Überblick (Bundesgesundheitsministerium, 2021)	19