



This project is co-funded by
the European Union

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

August 2015



DANKSAGUNGEN

ENTWURF

Diese Veröffentlichung wurde mit finanzieller Unterstützung des PROGRESS-Programms der Europäischen Union erstellt. Für den Inhalt dieses Dokuments ist allein das Konsortium verantwortlich und dieser ist keinesfalls als Darstellung der Haltung der Europäischen Kommission zu verstehen.

INHALT

DANKSAGUNGEN	2
INHALT	3
1. EINLEITUNG	4
2. NATIONALE ODER LOKALE VORSCHRIFTEN UND POLITIKEN	5
2.1. POLITISCHER UND GESETZLICHER HINTERGRUND.....	5
2.2. STRUKTUREN, FINANZIERUNG UND BETEILIGTE AKTEURE.....	7
3. ARBEITS- UND BESCHÄFTIGUNGSQUALITÄT	11
3.1. BERUFLICHE LAUFBAHN UND BESCHÄFTIGUNGSSICHERHEIT	11
3.1.1. BESCHÄFTIGUNGSSTATUS	12
3.1.2. EINKÜNFTE UND ENTLOHNUNG	14
3.1.3. SOZIALER SCHUTZ	14
3.1.4. ARBEITNEHMERRECHTE.....	15
3.2. QUALIFIZIERUNG UND PROFESSIONALISIERUNG	16
3.2.1. QUALIFIZIERUNG.....	16
3.2.2. AUSBILDUNG.....	16
3.2.3. LAUFBAHNENTWICKLUNG.....	16
3.2.4. REKRUTIERUNG UND PERSONALMANGEL.....	16
3.3. GESUNDHEIT UND WOHLBEFINDEN	17
3.3.1. ARBEITSORGANISATION	17
3.3.2. POTENTIELLE RISIKEN UND GESUNDHEITLICHE PROBLEME.....	18
3.4. VEREINBARKEIT VON FAMILIE UND BERUF	19
4. QUALITÄT DER LEISTUNGEN	21
4.1. VERFÜGBARKEIT VON LEISTUNGEN.....	21
4.2. ERSCHWINGLICHKEIT	21
4.3. VOLLSTÄNDIGKEIT DER DIENSTLEISTUNGEN	22
4.4. REGULIERUNGSQUALITÄT	23
4.5. QUALITÄT DER MANAGEMENT- UND ORGANISATIONSEBENE	24
5. BIBLIOGRAPHIE	26
6. ANHANG 1	28

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 beiden¹. Tatsächlich wollen 2/3 aller Personen lieber zu Hause gepflegt werden².

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 haushaltsbezogenen 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 Anteil³.

Die Definition von personen- und haushaltsbezogenen Dienstleistungen (PHS) im ‚For Quality‘-Projekt umfasst für pflegebedürftige und nicht pflegebedürftige Personen erbrachte haushaltsbezogene 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.“*⁴. 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.

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

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

³ 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

⁴ 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 Langzeitpflegesystems⁵. 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)**⁶ umfasst, da diese Pflege zuvor zu Kostendruck bei den Krankenversicherungen geführt hatte. Aus diesem Grund wurde 1995 die Pflegeversicherung eingeführt, die wir als „LTCl“ (Long-term insurance) bezeichnen⁷.

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

Über die LTCl-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) vor⁸. 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 Arbeitnehmerentendegesetz 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

⁵ Eurofound, More and better jobs in Home-care work, 2013

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

⁷ Cools, F., Stokkink, D. (dir.), Maarten, G., Valsamis, D., Februar 2013

⁸ Schulz, E., 2010

Lage versetzt, ihre Arbeitszeit höchstens 2 Jahre lang zu reduzieren, um Familienangehörige zu 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“*⁹.

Aber in Deutschland gibt es keine gesetzliche Definition von personen- und haushaltsbezogenen Dienstleistungen, obwohl dieser Begriff im deutschen Finanzrecht verwendet wird. Das Anweisungsschreiben des Finanzministeriums¹⁰ 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 getreten¹¹.

Dies wurde verstärkt durch die letzte Veröffentlichung eines neuen Normungsverfahrens zu „Personen- und haushaltsbezogene 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 Zunah-

⁹ Schulz, E., 2010

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

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

me personen- und haushaltsbezogener 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 Beschäftigungsverhältnisse, deren monatliche Vergütung 450 € nicht übersteigt¹²; 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).

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 nehmen¹³¹⁴.

2.2. Strukturen, Finanzierung und beteiligte Akteure

Die Pflegeversicherung bietet Unterstützung bei täglichen Aufgaben (Körperpflege, Essen, Mobilität und Haushaltsführung). **Geldleistungen** werden Pflegebedürftigen ihrem individuellen Pflegeumfang entsprechend gewährt (siehe Tabelle in Anhang 1)¹⁵:

- Pflegestufe I (Pflegebedarf mindestens einmal täglich): 235 € (2012);
- Pflegestufe II (Pflegebedarf mindestens dreimal täglich): 440 € (2012);
- Pflegestufe III (Bedarf an 24-stündiger täglicher Unterstützung): 700 € (2012)

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:

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

¹³ POUR LA SOLIDARITÉ, Personal Care Services in Europe: European approaches and perspectives on a challenge for the future, January 2012, S. 24—25.

¹⁴ Cools, F., Stokkink, D. (dir.), Maarten, G., Valsamis, D., Februar 2013

¹⁵ Schulz, E., 2010

- Einrichtungen des betreuten Wohnens;
- Pflegegenossenschaften;
- Pflegedienste und ambulante medizinische Dienste;
- Gruppen von Ehrenamtlichen und gemeinnützigen Selbsthilfeorganisationen¹⁶.

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;
- 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 Budget¹⁷.

Weil sie jetzt an die weitverbreitete Sozialversicherung gebunden ist, deckt die Pflegeversiche-

¹⁶ Eurofound, 2013

¹⁷ Schulz, E., 2010

rung fast die gesamte deutsche Bevölkerung ab (mehr als 70 Millionen Menschen¹⁸). Personen, die eine Vollversicherung bei einer privaten Krankenversicherung haben, müssen eine äquivalente private Versicherung abschließen, die die gleichen Leistungen bietet wie das generelle gesetzliche Krankenversicherungssystem¹⁹. Das Privatversicherungssystem deckt weitere 8,5 Millionen Menschen ab²⁰. 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“²¹*.

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

¹⁸ Kümmerling, A., And who cares for the carer? Elderly Care Work in Germany, Walqing social partnership series 2011.16., September 2011

¹⁹ Schulz, E., 2010

²⁰ Kümmerling, A., 2011

²¹ Schulz, E., 2010

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.

ENTWURF

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*“²² 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 beschäftigt²³. 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 Vollzeitbeschäftigung²⁴. 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-Studie²⁵, dass „28 % [der Leistungsempfänger] 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. Obwohl diese Messung keine signifikanten Auswirkungen auf die Beschäftigung insbesondere im PHS-Bereich hat, wurde ein Anstieg von gering entlohnten und unsicheren Be-

²² Schulz, 2010 (S.14)

²³ *Ibid.* (S.45)

²⁴ Schneekloth, U., Leven, I., Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland, Infratest Sozialforschung, München, 2003

²⁵ Schulz, 2010 (S.14)

schäftigungsformen einschließlich einer Zunahme der Erwerbsarmut beobachtet²⁶.

3.1.1. Beschäftigungsstatus

Vertragsverhältnis zwischen Arbeitgeber und ArbeitnehmerIn

In der Langzeitpflege (LTC) teilen sich Privatwirtschaft und Verbände den Markt für Pflegedienste für Pflegebedürftige mit einem Anteil von fast zwei Dritteln bzw. 37%²⁷. Daher gelten für den größten Teil des Langzeitpflegemarktes in Deutschland dreiseitige Beschäftigungsverhältnisse. Andererseits ist kein Vertragsverhältnis zwischen dem Nutzer (Leistungsempfänger) und dem Anbieter (Pflegekraft) vorgesehen, wenn die Leistungen informell von einem Angehörigen erbracht werden. Bei formell erbrachten haushaltsnahen Dienstleistungen wird generell ein direktes Beschäftigungsverhältnis beobachtet, das im Minijob-System Voraussetzung ist.

Bestehende Tarifverträge

In dieser Phase liegen keine gesammelten Daten vor. Teilnehmer werden um weitere Informationen gebeten.

Art des Arbeitgebers

Eurofound berichtet, dass „zwischen 2007 und Ende 2009 die Zahl der im Gemeinschaftspflegebereich [d.h. häusliche Pflege und stationäre Pflege] arbeitenden sozialversicherungspflichtigen ArbeitnehmerInnen um 13,9 % gestiegen ist, was etwa 33.000 neuen Arbeitsplätzen entspricht.“ Die Anzahl der bei Pflegediensten oder in Pflegeheimen Beschäftigten hat sich also erhöht. Aber die Statistiken erfassen keine selbstständigen Pflegekräfte, und diese sind auch aus anderen Statistiken nicht abzuleiten. Aber Schätzungen zufolge belief sich deren Zahl auf etwa 200.000²⁸.

Hat sich diese Tendenz seit 2009 fortgesetzt? Falls dies der Fall ist, werden Teilnehmer gebeten, uns ihre Schätzungen zu übermitteln.

Die Belastung für pflegende Familienangehörige (Angestellte) ist so, dass sie häufig zusätzlich privat finanzierte Pflegekräfte engagieren. Ihre Zahl wurde im Jahr 2008 auf 100.000 Personen

²⁶ Farvaque, N., Developing personal and household services in the EU - A focus on housework activities, Report for the DG Employment, ORSEU, 2013

²⁷ Kümmerling, A., 2011

²⁸ Schulz, E., Pflegemarkt: Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegengewirkt werden, *DIW Wochenbericht*, Vol. 51/52, 2012, pp. 3–16

geschätzt²⁹. Insbesondere Personen über 80, die allein leben und bei Tätigkeiten des täglichen Lebens wesentliche Einschränkungen aufweisen, engagieren weitere Haushaltshilfen.

Zeitverträge

In dieser Phase liegen keine gesammelten Daten vor. Teilnehmer werden um weitere Informationen gebeten.

Regularisierung nicht angemeldeter Erwerbstätigkeit

Ein großer Prozentsatz der PHS wird von Einzelpersonen und insbesondere nicht angemeldeten Erwerbstätigen erbracht. Aber deren Zahl kann nur geschätzt werden: nach verschiedenen Quellen erreicht die nicht angemeldete Erwerbstätigkeit in Privathaushalten in Deutschland bis zu 90-90 %, was im Vergleich zu anderen europäischen Ländern besonders hoch ist³⁰. Es wurden keine Daten zum Anteil der *illegalen* Beschäftigung einschließlich der Beschäftigung von Wanderarbeitern gefunden.

Es gibt mehrere Instrumente, die eine Überführung in angemeldete Erwerbstätigkeiten im Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen und sozialen Pflegedienste unterstützen. Das wichtigste ist der sogenannte Minijob³¹.

Teilnehmer werden um weitere Informationen insbesondere zur Entwicklung des Schwarzmarktes bei personen- und haushaltsbezogenen Dienstleistungen gebeten.

Wanderarbeit (Zahlen)

Wie bereits gesagt, greifen Familien auf weitere informelle Hilfskräfte zurück. Dies ist insbesondere der Fall, wenn die Leistungsempfänger 24-stündige Aufsicht brauchen, sich aber für eine Alternative zur Heimpflege entscheiden. Wegen ihrer geringeren Entlohnung erhalten Pflegekräfte aus Ost-Mittleuropa normalerweise den Vorzug³². Die Zahl der nicht angemeldeten Erwerbstätigen aus Mittel- und Osteuropa wird auf 100.000 bis 150.000 geschätzt³³.

Teilnehmer werden um weitere Informationen gebeten.

²⁹ Schulz, E., 2010

³⁰ POUR LA SOLIDARITÉ, 2012, S. 21—25.

³¹ Cools, F., Stokkink, D. (dir.), Maarten, G., Valsamis, D., Februar 2013

³² Schulz, E., 2010

³³ Pennekamp, J., Geschäfte in der Grauzone. Faz-online: <http://www.faz.net/>: <http://bit.ly/1JsKLJp>. Zuletzt eingesehen am 17/08/2015

3.1.2. Einkünfte und Entlohnung

Mindestlohn

Die Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche legt für die Branche ab 2010 einen gesetzlichen Mindestlohn von 9,40 €/Stunde in den westlichen Bundesländern bzw. 8,65 €/Stunde in den östlichen Bundesländern fest³⁴.

Pflegende Familienangehörige werden gegebenenfalls dank der von der gepflegten Person bezogenen Geldleistungen entlohnt. Die Höhe der Leistungen ändert sich je nach Pflegebedarf (siehe Anhang 1).

Angestellte Pflegekräfte mit (freier) Unterkunft und Verpflegung verdienen durchschnittlich zwischen 800 € und 12 00 €.

Im Falle von häuslichen Langzeit-Pflegeleistungen für Senioren wird berichtet, dass manche Anbieter noch nicht einmal die Treibstoffkosten bzw. Wegezeiten ihrer ArbeitnehmerInnen bezahlen, wodurch sich die Einkünfte einiger AltenpflegerInnen verringern.

Durchschnittslöhne

In dieser Phase liegen keine gesammelten Daten vor. Teilnehmer werden um weitere Informationen gebeten.

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 infor-

³⁴ 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

melle Pflegekräfte)³⁵. 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.

Bei im Rahmen eines Minijobvertrags beschäftigten Personen besteht die Möglichkeit, dass sie einen Ergänzungsbetrag zu ihrem Rentenversicherungsbeitrag zahlen (13,9 % im Falle von personen- und haushaltsbezogenen Dienstleistungen (PHS)), aber das ist nicht verbindlich vorgeschrieben. Aber Sozialversicherungsbeiträge sind zwar geringer bzw. null für den/die Beschäftigten (dank des höheren Beitrags der Arbeitgeber), und sie sind 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 Arbeitslosengeld. Man kann den Schluss ziehen, dass die von den Minijobs geschaffene Struktur in Bezug auf sozialen Schutz und Renten kein sicheres Sozialversicherungsnetz für PHS-Erwerbstätige darstellt.

3.1.4. Arbeitnehmerrechte

Recht auf Tarifverhandlungen

Eine der unmittelbaren Folgen des Rückgriffs auf informelle Beschäftigung bei der Erbringung von personen- und haushaltsbezogenen 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“³⁶ ist eine Gruppe, die die Interessen einer sehr homogenen Gruppe kommerzieller Anbieter von Haushaltsdienstleistungen vertritt.

In dieser Phase liegen keine gesammelten Daten vor. Teilnehmer werden um weitere, nach Beschäftigungsstatus gestaffelte Informationen gebeten.

Diskriminierungsfreiheit

In dieser Phase liegen keine gesammelten Daten vor. Teilnehmer werden um weitere Informationen gebeten.

³⁵ Cools, F., Stokkink, D. (dir.), Maarten, G., Valsamis, D., Februar 2013

³⁶ Weitere Informationen unter: <http://www.bhdu.de/>

3.2. Qualifizierung und Professionalisierung

3.2.1. Qualifizierung

Qualifikationsanforderungen

In dieser Phase liegen keine gesammelten Daten vor, die nicht die Gesundheitsversorgung von Senioren betreffen (KrankenpflegerInnen). Teilnehmer werden daher um weitere Informationen gebeten.

3.2.2. Ausbildung

Zugang zu beruflicher Bildung

Die Länder sind für die Ausbildung der Erwerbstätigen zuständig, die mit schutzbedürftigen Personen arbeiten. Darüber hinaus haben informelle Pflegekräfte durch die Pflegeversicherungen einen Anspruch auf kostenlose Schulungskurse.

Teilnehmer werden um weitere Informationen zur Art/Dauer/Bedingungen der Ausbildung für angestellte Pflegekräfte, aber unter Umständen auch zur Ausbildung von informellen Pflegekräften gebeten.

3.2.3. Laufbahnentwicklung

Übergang zu Beschäftigungsverhältnissen

In dieser Phase liegen keine gesammelten Daten vor. Teilnehmer werden um weitere Informationen gebeten.

3.2.4. Rekrutierung und Personalmangel

Der Bedarf an personen- und haushaltsbezogenen Dienstleistungen und insbesondere der Betreuungsbedarf für abhängige Personen weisen meist einen starken Bezug zum Alter auf.³⁷

³⁷ Schulz, E., 2010

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 2050³⁸. Außerdem wird die Zahl der deutschen Erwerbstätigen wegen signifikanter demographischer Veränderungen sinken. Deutschland wird wahrscheinlich weitere Zuwanderer suchen, insbesondere aus Drittstaaten³⁹.

Strategien für die Rekrutierung und Bindung von ArbeitnehmerInnen

Wie die meisten europäischen Länder verzeichnet auch Deutschland einen generellen Personalengpass im Langzeitpflegesektor und insbesondere in der Kategorie der qualifizierten ArbeitnehmerInnen für den Altenpflegesektor⁴⁰.

Teilnehmer werden um weitere Informationen gebeten.

Umgang mit Pflegekräftemangel

Es ist zwar bekannt, dass gewisse Personalengpässe insbesondere in der Langzeit-Altenpflege vorhanden sind, aber in dieser Phase liegen keine gesammelten Daten zu den Maßnahmen zur Beseitigung des Pflegefachkräftemangels vor. Teilnehmer werden um weitere Informationen aus dem Bereich der Altenpflege und zu anderen Populationen sowie haushaltsnahen Dienstleistungen unabhängig von der sozialen/gesundheitlichen Situation des Nutzers gebeten.

3.3. Gesundheit und Wohlbefinden

3.3.1. Arbeitsorganisation

Zugang zu arbeitsmedizinischen Leistungen

In dieser Phase liegen keine gesammelten Daten vor. Teilnehmer werden um weitere Informationen gebeten.

Schützt die Arbeitsorganisation die Erwerbstätigen oder verursacht sie bei ihnen Stress?

³⁸ Bundesgesundheitsministerium, Ausgewählte Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, (2012a), <http://www.bmg.bund.de/>; <http://bit.ly/1E6Lu5>. Zuletzt eingesehen am 20/08/2015.

³⁹ Eurofound, 2013

⁴⁰ Berringer, C., Suhr, R., 2013

In dieser Phase liegen keine gesammelten Daten vor. Teilnehmer werden um weitere Informationen gebeten.

3.3.2. Potentielle Risiken und gesundheitliche Probleme

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 1470 €. 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 Sektoren⁴¹.

Teilnehmer werden um weitere Informationen in Bezug auf erwerbstätige Pflegekräfte unabhängig von der sozialen/gesundheitlichen Situation des Nutzers gebeten.

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 führt⁴². 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 Pfelegetätigkeit (für Senioren) vorgesehen ist, weil ihnen dadurch wenig Zeit eingeräumt wird, eine Beziehung zu den Nutzern aufzubauen oder ihre Pfelegetätigkeit 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.

⁴¹ Kümmerling, A., 2011

⁴² *Ibid.*

Weitere Informationen von Teilnehmern sind willkommen.

Härte der Arbeit

Tätigkeiten in der häuslichen Pflege/im Haushalt sind für ihre hohen physischen und emotionalen Anforderungen bekannt. Tatsächlich hat eine Umfrage gezeigt, dass 50 % der älteren Pflegekräfte nicht glauben, dass sie die gleiche Tätigkeit bis zum Rentenalter weiter ausüben können⁴³. Die Arbeit scheint im Falle von Nutzern in der ältesten Altersgruppe (80+) besonders anspruchsvoll zu sein: bei älteren Pflegebedürftigen wird von Pflegefachkräften häufig zusätzliche Hilfe angefordert⁴⁴. 2007 waren fast alle Empfänger von Sachleistungen (formalen 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.

In dieser Phase liegen keine gesammelten Daten vor. Teilnehmer werden um weitere Informationen gebeten.

3.4. Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Arbeitszeiten und Arbeitspläne

Der Anteil der Teilzeit-Beschäftigungsverhältnisse im Bereich der häuslichen Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung in Deutschland beläuft sich auf 70,6 %⁴⁵. Tatsächlich heißt es in der Walqing-Studie, 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.).

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ Schulz, E., 2010 (S.15)

⁴⁵ Eurofound, 2013

Keine standardisierten Arbeitszeiten (Nachtarbeit, Sonntagsarbeit)

In dieser Phase liegen keine gesammelten Daten vor. Teilnehmer werden um weitere Informationen gebeten.

Fahrten zwischen Pflegestellen

In dieser Phase liegen keine gesammelten Daten vor. Teilnehmer werden um weitere Informationen gebeten.

Arbeitszeit - Teilzeitarbeit (gewünschte und ungewünschte)

Die Walqing-Studie berichtet, dass einige Gewerkschaftsvertreter beobachtet haben, dass die marginale Teilzeitarbeit in der häuslichen Pflege sich im Langzeitpflegesektor insgesamt signifikant erhöht hat⁴⁶. 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.

Hier werden Teilnehmer um weitere (detaillierte) Informationen gebeten.

⁴⁶ Kümmerling, A., 2011 (S.6)

4. QUALITÄT DER LEISTUNGEN

Generell werden personen- und haushaltsbezogene 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.

Hier wären weitere Informationen über den Sektor der haushaltsnahen Tätigkeiten erforderlich, die insbesondere im Rahmen des Minijob-Systems geleistet werden.

4.1. Verfügbarkeit von Leistungen

Die Zahl der pflegebedürftigen Personen ist schwer zu quantifizieren. Es wird jedoch geschätzt, dass 3 Millionen Menschen Hilfe im Haushalt (meistens Hausarbeit) brauchen würden, die Anspruchskriterien der privaten und gesetzlichen Pflegeversicherungen jedoch nicht erfüllen.

Außerdem dauert es seit Juli 2008 zwei Jahre, bevor ein Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung besteht. Aber dies sind schon drei Jahre weniger als zuvor⁴⁷.

Es sind weitere Informationen insbesondere darüber erforderlich, wie die Akteure jemanden freie Kapazitäten für solche Leistungen anbieten können?

4.2. Erschwinglichkeit

Die Pflegeversicherungen handeln die Leistungen und deren Preise mit den einzelnen Pflegeanbietern aus. Da die Verhandlungen kollektiv geführt werden, steigert dies potenziell die Nachfragemacht.

Die Pflegeversicherungen decken 75 % der Kosten von Benutzern, die sich unabhängig von ihrem Alter, Einkünften oder Vermögen für häusliche Pflege entscheiden. Die verbleibenden 25 % gehen zu Lasten der Nutzer. Wenn diese sich die Finanzierung des eigenen Anteils nicht leisten können, müssen deren Familien (innerhalb gesetzlich festgelegter Grenzen) einen finanziellen Beitrag leisten. Es gibt private Zusatzversicherungen, die Nutzer – und/oder deren Familien – zur Deckung dieser Ausgaben abschließen können⁴⁸.

⁴⁷ Schulz, E., 2010 (S.2)

⁴⁸ Eurofound, 2013

Anm.: Es wurden widersprüchliche Informationen gefunden, wobei es in einer Studie heißt, dass „generell alle Leistungen nach oben begrenzt sind oder als Pauschalen gezahlt werden. In Pflegeheimen werden Aufwendungen immer mit Zuzahlungen finanziert⁴⁹.“ Oder „die Leistungen für häusliche Pflege decken zwar die Kosten für die persönliche Pflege und Hilfe bei praktischen Aufgaben gemäß der vom medizinischen Dienst ermittelten Pflegestufe, die Leistungen für stationäre Pflege decken nur einen Teil der Gesamtkosten von Pflegeheimen⁵⁰.“

Zu diesem Aspekt werden Teilnehmer um weitere (detaillierte) Informationen gebeten.

Wenn Nutzer die Kosten für die Inanspruchnahme von Langzeitpflege nicht - auch nur teilweise - tragen können, können sie bei Bedürftigkeit Sozialhilfe beantragen⁵¹. *Hier werden Teilnehmer um weitere Informationen gebeten.*

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 Obergrenze⁵².

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

Zu diesem speziellen Aspekt werden Teilnehmer um weitere Informationen gebeten

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 Leistungen⁵³. Personen, die bei der Bewältigung ihrer täglichen Aufgaben Schwierigkeiten haben, werden jetzt anhand eines anderen Kriterienkatalogs begutachtet; außerdem haben sie Anspruch auf Leistungen der Pflegestufe 0. Seit Januar 2013 erhalten Leistungsempfänger erweiterte Leistungen und Dienstleistungen, wenn sie die Kriterien für höhere Pflegestufen erfüllen.

⁴⁹ Schulz, E., 2010

⁵⁰ Schulz, E., 2010

⁵¹ *Ibid.*

⁵² *Ibid.*

⁵³ *Ibid.*

In dieser Phase wurden nur wenige Daten gesammelt. Teilnehmer werden um weitere Informationen gebeten.

Außerdem wird manchmal berichtet, dass bei Nutzern mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung in der fehlenden Berücksichtigung des allmählichen Unabhängigkeitsverlusts der Nutzer ein Problem liegt. Daher könnte eine angepasste Definition der Langzeitpflege dazu beitragen, die Bedürfnisse aller Nutzer mit eingeschränkter Eigenständigkeit mit einzubeziehen.

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.

Weitere (detaillierte) Informationen sind willkommen (Qualitätskriterien, Qualitätskontrollen, Ausbildungsvoraussetzungen etc...).

In der Langzeitpflege besteht eine der ersten qualitätssichernden personen- und haushaltsbezogenen Dienstleistungen für Pflegegeld beziehende Personen darin, dass eine Pflegefachkraft ihre Situation prüft und darüber der Pflegeversicherungsbericht 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 führen⁵⁴.

Man muss außerdem anmerken, dass zwischen 1999 und 2007 die Inanspruchnahme formaler

⁵⁴ *Ibid.*

häuslicher oder stationärer Pflege bei allen Pflegestufen zugenommen hat, und die Pflegegeldzahlungen der Pflegeversicherungen für das Angebot informeller häuslicher Pflegeleistungen rückläufig waren. Dies gilt insbesondere für die älteren Altersgruppen.

Es wurden jedoch keine qualitativen oder quantitativen Daten zur Verbesserung (oder fehlenden Verbesserung) der Qualität der erbrachten Leistungen gefunden. Weitere Informationen von Teilnehmern wären hier hilfreich.

Außerdem wurde eine Reihe von guten Praktiken identifiziert. Hier können wir die deutsche ‚Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen‘⁵⁵ 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^{56 57}.

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.

Es wurden keine Daten aus der jüngsten Vergangenheit zu den Hilfen gefunden, die Nutzer bei ihrer Entscheidung zwischen Pflegegeld und Pflegeleistungen oder der Entwicklung eines Pflegeplans oder der Koordinierung von Leistungen erhalten, insbesondere wenn daran mehrere Personen beteiligt sind. Teilnehmer werden hier um weitere Informationen gebeten.

⁵⁵ Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit, die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, 2007: www.pflege-charta.de: bit.ly/1NCpIlp. Eingesehen am 18/08/2015

⁵⁶ Weitere Informationen unter: <http://wedo.ttp.eu/>: <http://bit.ly/MelgYL>. Zuletzt eingesehen am 18/08/2015

⁵⁷ 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, Europ, Projekt WeDO, 2010-2012.

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

Weitere Informationen (auf Englisch) über dessen Auswirkungen sind sehr willkommen.

ENTWURF

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, Walqing 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: 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

ENTWURF

6. Anhang 1

Leistungen der Pflegeversicherung

		früher	Ab 1.7.2008	2010	2012
Häusliche Pflege	<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
Entlastungspflege	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
Kurzzeitpflege	bis 4 Wochen/Jahr bis zu ...				
	Pflegestufen I bis III	1432	1470	1510	1550
Teilstationäre Pflege	Monatlich bis zu ...				
	Pflegestufe I	384	420	440	450
	Pflegestufe II	921	980	1040	1100
	Pflegestufe III	1432	1470	1510	1550
Ergänzungsleistungen für Menschen mit erheblichem allgemeinem Pflegebedarf	bis /Jahr				
	Pflegestufen I bis III	460	1200 2400	1200 2400	1200 2400
Vollstationäre Pflege	Monatli. Pauschale				
	Pflegestufe I	1023	1023	1023	1023
	Pflegestufe II	1279	1279	1279	1279
	Pflegestufe III	1432	1470	1510	1550
	Härtefälle	1688	1750	1825	1918
Pflege in vollstationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen	Langzeitpflegeaufwendungen in Höhe von	10% des Satzes für stationäre Pflege, aber nicht mehr als 256 Euro/Monat			
Verbrauchshilfen	bis monatlich	31 Euro			
Technische Hilfen		Meistens auf Leihbasis bereitgestellt, sonst Kostenübernahme von 90%, 10% Zuzahlung bis zu 25 Euro pro Artikel			
Maßnahmen zur Verbesserung des Lebensumfeldes	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)