

Originalbeitrag

Professionelle Pflege in Deutschland

Autorinnen

Susann Cathleen Schuppann
Franziska Stutzer
Carsta Militzer-Horstmann

Eingereicht am

16.12.2022

Zitervorschlag

Schuppann, S. C., Stutzer, F. & Militzer-Horstmann, C. (2022). Professionelle Pflege in Deutschland. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2022(12).

Hinweis: Der vorliegende Beitrag erfuhr im Februar 2021 eine Aktualisierung mit den Ende 2022 erschienenen Pflegestatistiken und Grunddaten der Krankenhäuser für das Jahr 2021, herausgegeben vom Statistischen Bundesamt (Destatis).

Abstract

Dieser Artikel stellt eine Vertiefung des Themas Pflege hinsichtlich des Bereichs der professionellen Pflege und deren aktuellen Gegebenheiten dar. Er ergänzt inhaltlich einen bereits 2021 veröffentlichten Beitrag im Sammelband „Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement“ (Hrsg. von Hans-R. Hartweg, Franz Knieps und Karin Agor) und schafft so ein größeres Gesamtbild der Pflegelandschaft in Deutschland. Ergebnis des vorliegenden Artikels ist ein „morphologischer Kasten“, mit dem einzelne professionell Pflegenden, Einrichtungen und darin eingegliederte Bereiche beschrieben werden können. Neben einer theoretischen Abgrenzung der Begrifflichkeiten – darunter Qualifikationen, Handlungsfelder, Kompetenzen und Pflegesysteme – und ihrer deskriptiv-statistischen Darstellung werden auch politische Rahmenbedingungen sowie aktuelle Herausforderungen der formell Pflegenden betrachtet.

Keywords

Versorgungsforschung; Professionelle Pflege; Pflegebedürftigkeit; Pflegesystem; Fachkräftemangel; Personalschlüssel; Pflegekompetenz



Susann Cathleen Schuppann
Junior Wissenschaftliche Mitarbeiterin



Franziska Stutzer
Wissenschaftliche Mitarbeiterin



Dr. Carsta Militzer-Horstmann
Bereichsleiterin
Wissenschaftliche Entwicklung

Gliederung

1	Einleitung	79
2	Entwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen	81
3	Morphologischer Kasten der professionellen Pflege	84
4	Arbeitsorganisation professionelle Pflege	86
4.1	Berufliche Qualifikationen professionell Pflegender	86
4.2	Pflegekompetenz nach Benner	90
4.3	Handlungsfelder der Pflege	91
	Exkurs pflegerisches Handeln	93
4.4	Pflegesysteme	94
5	Arbeits-/Wirkungsbereiche und Rahmenbedingungen professioneller Pflegefachkräfte	96
5.1	Einsatzgebiete	96
5.2	Pflegerische Arbeitskraft	104
5.3	Trägerschaft	105
5.4	Pflegebereich	108
	Exkurs alternative Wohnformen und Modellprogramme	109
6	Pflegepersonal und Pflegebedürftige	110
6.1	Gesamtanzahl pflegebedürftiger Personen	110
6.2	Personalschlüssel	111
	Exkurs Verteilung Pflegegrade deutschlandweit	117
7	Herausforderung: Fachkräftemangel in der Pflege	119
8	Beispielhafte Anwendung des morphologischen Kastens für die professionelle Pflege	123
9	Fazit	126
	Literaturverzeichnis	127
	Forschungsliteratur und Quellen	127
	Rechtsquellen	134

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Morphologischer Kasten der professionellen Pflege	85
Abbildung 2: Ausprägungen des Merkmals Qualifikation professioneller Pflege	86
Abbildung 3: Informationen zu Auszubildenden zum/ zur Pflegefachfrau/-mann im Jahr 2020	87
Abbildung 4: Anteile ausgewählter Qualifikationen professioneller Pflege am nichtärztlichen Krankenhauspersonal (n = 1.041.806 Personen), 2021	89
Abbildung 5: Ausprägungen des Merkmals Pflegekompetenz nach Benner	90
Abbildung 6: Ausprägungen des Merkmals Handlungsfelder	91
Abbildung 7: Ausprägungen des Merkmals Pflegesysteme	94
Abbildung 8: Ausprägungen des Merkmals Einsatzgebiete	96
Abbildung 9: Einsatzgebiete von Pflegekräften nach Pflegepersonalanzahl in Tsd.	96
Abbildung 10: Entwicklung der Anzahl von Krankenhäusern, 2001–2021	98
Abbildung 11: Anzahl Krankenhäuser je 100.000 Einwohner:innen nach Bundesländern, 2011 und 2021	99
Abbildung 12: Anzahl Krankenhäuser je Bettengrößenklassen, 2001–2021	100
Abbildung 13: Entwicklung der Anzahl von Pflegediensten, 2001–2021	101
Abbildung 14: Anzahl ambulanter Pflegedienste je 100.000 Einwohner:innen nach Bundesländern, 2011 und 2021	102
Abbildung 15: Entwicklung der Anzahl von Pflegeheimen, 2001–2021	103
Abbildung 16: Anzahl Pflegeheime je 100.000 Einwohner:innen nach Bundesländern, 2011 und 2021	104
Abbildung 17: Ausprägungen des Merkmals Gesamtzahl pflegerischer Arbeitskraft (in VZÄ)	104
Abbildung 18: Ausprägungen des Merkmals Trägerschaft	105
Abbildung 19: Anteil Trägerschaften an der Gesamtzahl der Krankenhäuser, 2001–2021	106
Abbildung 20: Anteil Trägerschaften an der Gesamtzahl der Pflegeheime, 2001–2021	107
Abbildung 21: Anteil Trägerschaften an der Gesamtzahl ambulanter Pflegedienste, 2001–2021	107
Abbildung 22: Ausprägungen des Merkmals Pflegebereich	108
Abbildung 23: Fallzahlen in sensitiven und nicht-sensitiven Bereichen in Krankenhäusern, 2021	108
Abbildung 24: Ausprägungen des Merkmals Gesamtzahl pflegebedürftiger Personen	110
Abbildung 25: Anzahl betreuter Personen von Pflegediensten und -heimen je Bundesland, 2021	111
Abbildung 26: Anzahl betreuter Personen von Pflegediensten und -heimen je Trägerschaftstyp, 2021	111
Abbildung 27: Ausprägungen des Merkmals Personalschlüssel: Pflegekraft zu x Pflegebedürftigen	111

Abbildung 28: Pflegekräfte in Pflegediensten und -heimen je 100.000 Pflegebedürftigen je Bundesland, 2021	116
Abbildung 29: Pflegequoten der Bundesländer, 2011 und 2021	117
Abbildung 30: Anzahl Pflegebedürftige nach Pflegegrad und Bundesländern 2021	118
Abbildung 31: Altersstruktur der Pflegekräfte in Pflegediensten und Pflegeheimen, 2021	121
Abbildung 32: Morphologischer Kasten der professionellen Pflege in Deutschland, Beispiel 1	124
Abbildung 33: Morphologischer Kasten der professionellen Pflege in Deutschland, Beispiel 2	125

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Darstellung von Ergebnissen zum Pflegekraft-Patient:innen-Verhältnis im internationalen Vergleich	113
Tabelle 2:	Übersicht zum Pflegepersonal in Pflegediensten, Pflegeheimen und Krankenhäusern, 2021	115

Abkürzungsverzeichnis

BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
Destatis	Statistisches Bundesamt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-NOG	GKV-Neuordnungsgesetz
GPVG	Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GVWG	Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KAP	Konzentrierte Aktion Pflege
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHPfIEG	Krankenhauspflegeentlastungsgesetz
KHStatV	Krankenhausstatistikverordnung
KOFA	Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung
NEXT	Nurses Early Exit Study
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PFIBRefG	Pflegeberufereformgesetz
Pflege VG	Pflege-Versicherungsgesetz
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PNG	Pflege-Neuausrichtung-Gesetz
PPR	Pflegepersonal-Regelung
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz
PpUGV	Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz

PSG II	Zweites Pflegestärkungsgesetz
RKI	Robert Koch-Institut
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SGB XI	Elftes Sozialgesetzbuch
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

Im Sinne des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) ist pflegebedürftig, wer aufgrund von „gesundheitlich bedingte[n] Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ über eine Dauer von mindestens sechs Monaten Hilfe benötigt (§ 14 SGB XI). In Deutschland war dies im Jahr 2021 bei fast 5 Millionen Menschen der Fall (Destatis – Statistisches Bundesamt, 2022i).

In einem weiteren Begriffsverständnis kann Pflegebedürftigkeit aber auch nur vorübergehend und in kürzerer Zeitdauer auftreten, bspw. begleitend zu einer akuten Erkrankung (Schuppann, Miltzer-Horstmann, Stutzer, Müller & Schmiedel, 2022, S. 5). Die Anzahl der nach diesem weiteren Begriffsverständnis „Pflegebedürftigen“ übersteigt daher deutlich die oben genannten statistisch erfassten pflegebedürftigen Personen. Auch diese Menschen sind auf die Pflege von Angehörigen oder professionellen Pflegekräften angewiesen. Professionelle Pflege bezeichnet die Pflege durch ausgebildete Fachkräfte innerhalb deren beruflicher Tätigkeit und unterscheidet sich so von der informellen Pflege (auch Laienpflege), bei der die Pflegenden keine pflegerische Ausbildung genossen haben (Vogler, Schön, Strauß & von Kalckreuth, 2020, S. 26–27).

Die ersten Definitionsversuche professioneller Pflege wurden im 19. Jahrhundert von Florence Nightingale und weiteren Theoretiker:innen angestoßen (Neumann, 2009, S. 9). Sie bezogen sich nicht auf eine Gesamtansicht der Pflege, sondern auf bestimmte pflegebedürftige Personengruppen und obwohl aktuelle Ansätze eine breitere Perspektive einnehmen, steht ein gemeinsames Ziel im Vordergrund: die Gesundheit durch Prävention und Unterstützung zu erhalten und zu fördern.

Im Laufe des 20. Jahrhunderts begann der Prozess der Professionalisierung der Pflege in Deutschland, bei der sich die Pflege von der Medizin als berufliche Disziplin abgrenzte (Neumann, 2009, S. 12). Dies steht insbesondere im Zusammenhang mit der einer gestiegenen Lebenserwartung durch Weiterentwicklung der Medizin, der Hygienemaßnahmen und der Präventionen (Neumann, 2009, S. 12). Die Vielfältigkeit der Erkrankungen verschob sich in Richtung chronischer und degenerativer, d. h. auch altersbedingter Krankheiten und die Interdependenz von Krankheit und Pflegebedürftigkeit veränderte die pflegerischen Bedürfnisse und die Intensität der pflegerischen Versorgung (Neumann, 2009, S. 12). Die professionelle Pflege hat seitdem die Versorgungslandschaft in Deutschland grundlegend mitgestaltet und sich zu einer beruflichen Disziplin herausgebildet: Der noch junge Forschungszweig der Pflegewissenschaft erweitert das Pflegeverständnis und definiert die Versorgungsqualität und die Handlungskompetenzen professionell Pflegenden, gleichzeitig wurde und wird die Komplexität der Pflege und ihre Vielfältigkeit an Aufgabenbereichen und Herausforderungen immer deutlicher (Neumann, 2009, S. 12).

Die weiter steigende Lebenserwartung und die daraus resultierende demografische Alterung mit dementsprechender Zunahme der Multimorbidität implizieren für die nächsten Jahre einen erhöhten Pflegebedarf (Destatis, 2019; Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010, S. 5). Bereits 2012 sagte die Bertelsmann-Stiftung einen 50 %-igen Anstieg der Pflegebedürftigkeit bis 2030 voraus

Definition Pflegebedürftigkeit

Bei der professionellen Pflege wird die Pflege von ausgebildeten Fachkräften erbracht.

Professionalisierung der Pflege in Deutschland

und prognostizierte zeitgleich einen Rückgang professioneller Pflegefachkräfte auf dem Arbeitsmarkt, der zu einem Mehrbedarf in Höhe von 500.000 Pflegefachkräften führen könne (Rothgang, Müller & Unger, 2012, S. 11).

Aus dieser Entwicklung ergeben sich auf mehreren Ebenen neue Herausforderungen und Problemstellungen für die Versorgung durch die professionelle Pflege, die in den vergangenen Jahren bereits gesundheitspolitisch adressiert wurden. Besonders die Coronapandemie verdeutlichte aktuelle und akute Problemlagen vor allem im Arbeitsumfeld der professionellen Pflege, die politischen Handlungsbedarf erfordern, und sorgte für eine nicht nachlassende Präsenz im öffentlichen Diskurs (s. u. a. Kohl, Jürchott, Hering, Gangus, Kuhlmeier & Schwinger, 2021, S. 7)

Der wachsende Pflegebedarf und der Mangel an Pflegefachkräften erfordern politisches Handeln.

Zum Anlass dieser gegenwärtig spürbaren politischen und gesellschaftlichen Veränderungen bietet der vorliegende Beitrag einen Überblick über die relevanten Merkmale der professionellen Pflege. Der Beitrag erweitert somit eine frühere Veröffentlichung der Autor:innen, welcher die Pflege in Deutschland in einem Gesamtbild thematisiert. Die Merkmale und ihre Ausprägungen werden als morphologischer Kasten dargestellt (Kapitel 3), dessen Struktur auch die Gliederung des Beitrags folgt. So wird eine strukturierte und übersichtliche Darstellung dieses komplexen Themenfeldes ermöglicht (Kapitel 4–6). Kapitel 8 beschreibt mögliche Anwendungen des morphologischen Kastens in der Forschung und der Praxis. Weiterhin gibt der Beitrag einen kurzen Einblick in die gesetzlichen Rahmenbedingungen seit Einführung der Pflegeversicherung (Kapitel 2) sowie das aktuell öffentlich diskutierte Thema des Fachkräftemangels in der professionellen Pflege (Kapitel 7). Übergeordnetes Ziel ist es, zum begrifflichen Verständnis der professionellen Pflege beizutragen und Zusammenhänge zu erläutern, insbesondere im Zuge öffentlicher Diskurse aber auch in Forschungskontexten.

2 Entwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen

Wie bereits einleitend beschrieben führten demografische Veränderungen und jüngst die pandemiebedingten Herausforderungen zu Reformbedarf der professionellen Pflege in Deutschland. Das vorliegende Kapitel gibt kontextualisierend einen Überblick zu den aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen und der Entwicklung dieser – chronologisch in einem Zeitstrahl dargestellt.

Eine umfassende und vollständige Übersicht aller die professionelle Pflege betreffenden Gesetzesreformen ist im Kontext des vorliegenden Beitrags jedoch weder möglich noch zielführend. Im Folgenden werden ausgewählte Reformen genauer beschrieben, die mitunter einen Grundstein für weiterführende Gesetze legten und/oder bei denen Veränderungen für das pflegerische Personal getroffen wurden.

Die Chronik zur Entwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen der Pflege beginnt mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), das 1992 erstmals eine Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege aufstellte (Art. 13 GSG). Zwar wurde diese nur fünf Jahre später mit dem Zweiten Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG), wieder aufgehoben (Art. 13 2. GKV-NOG), sie bildet jedoch in ihrer Grundidee die Basis für die im Dezember 2022 erlassene Pflegepersonal-Regelung (PPR) 2.0 im kürzlich vom Bundestag verabschiedeten Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG; BMG, 2022b). Die Fraktionen der CDU und FDP begründeten diese Maßnahme ihrerzeit mit der Überschreitung des ursprünglich festgelegten Soll-Werts zur Schaffung neuer Stellen, der schlechten Kompatibilität mit dem reformierten Vergütungssystem und dem Wunsch eines

Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung **1993**

Art. 13: Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege (Pflege-Personalregelung – PPR). Regelung gilt für Krankenhäuser, die nicht über Fallpauschalen abrechnen. Ziel: ausreichende, wirtschaftliche, an ganzheitlichem Pflegekonzept orientierte Pflege in stationärer und teilstationärer Versorgung gewährleisten.

Pflegeversicherungsgesetz (Pflege VG) **1993**

1. SGB XI Änderungsgesetz **1996**

2. GKV Neuordnungsgesetz **1997**

Hebt in Art. 13 die PPR des GSG wieder auf. Begründet durch Überschreitung des SOLL-Wertes zur Schaffung neuer Stellen, schlechte Kompatibilität mit dem reformierten Vergütungssystem, Rückzug von einer bundesweiten Regelung hin zur Betrachtung einzelner Häuser

Pflege-Qualitätssicherungsgesetz **2001**

Verpflichtung der Pflegeheime und -dienste zur Einführung eines Qualitätsmanagements: Dazu erfolgt eine unabhängige Prüfung durch eine:n Sachbearbeiter:in. Auf Landesebene werden Regelungen zur Personalausstattung in Form von Personalrichtwerten festgelegt. Zusammenarbeit Medizinischer Dienste, Krankenversicherungen und Heimaufsicht werden im stationären Bereich verbessert.

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz **2008**

Verpflichtung zur Anwendung von Expertenstandards sowie zum Ergreifen von geeigneten Maßnahmen, um die die Leistungs- und Qualitätsanforderungen bei der Versorgung der Pflegebedürftigen im Fall von Personalengpässen sicherzustellen. Stärkung ambulanter Versorgung durch Einrichtung von Pflegestützpunkten zur Beratung Angehöriger und Pflegebedürftiger (Koordination regionaler Angebote). Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege durch Bonusleistungen an Pflegeheime, die sich rehabilitativ bemühen, Pflegestufen zu reduzieren.

Krankenhausfinanzierungsreformgesetz **2009**

Rückzugs von einer bundesweiten Regelung hin zur Betrachtung einzelner Krankenhäuser (Deutscher Bundestag, 1996, S. 36).

Einen wichtigen Meilenstein bildet die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995. Das Pflege-Versicherungsgesetz (Pflege VG) brachte die grundsätzliche Bevorzugung der ambulanten vor der stationären Versorgung mit sich, welche bis heute den Grundsatz und Leitgedanken für weitere gesetzliche und strukturelle Entwicklungen bildet.

Nach der Einführung der Pflegeversicherung mit dem PflegeVG im Jahr 1995 erfolgte im Jahr 2002 eine nächste, größere Veränderung in der professionellen Pflege. Durch das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (PQsG – Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege) sind seit Januar 2002 die Träger der Pflegeeinrichtungen für ihre Leistungen und Qualitätssicherung verantwortlich (Art. 1 Nr. 23 PQsG; § 112 SGB XI).

Mit dem 2008 erlassenen Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, auch Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG) genannt, wurde die Pflegequalität durch die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, Expertenstandards anzuwenden, weiterentwickelt (Art. 1 Nr. 71 PfwG; § 113a SGB XI). Zudem wurde hiermit die Verpflichtung für die Einrichtungsträger verankert, bei Personalengpässen geeignete Maßnahmen vorzunehmen, um die Leistungs- und Qualitätsanforderungen bei der Versorgung der Pflegebedürftigen sicherzustellen (Art. 1 Nr. 50b PfwG; § 84 SGB XI).

Seit 2015 sind die gesetzlichen Veränderungen in kürzeren Zeitabständen erfolgt, was die politische Fokussierung auf die professionelle Pflege und den Handlungsbedarf in diesem Bereich erkennen lässt. Für die professionelle Pflege bringen besonders

Pflege-Neuausrichtungsgesetz	2012
Erstes Pflegestärkungsgesetz	2014
Krankenhausstrukturgesetz	2015
Zweites Pflegestärkungsgesetz	2015
Einführung 5 Pflegegrade statt 3 Pflegestufen durch Neuausrichtung Pflegebedürftigkeitsbegriff § 14 SGB XI.	
Drittes Pflegestärkungsgesetz	2016
Pflegeberufereformgesetz	2017
Einführung des Pflegeberufegesetzes; Zusammenführung der Ausbildungsberufe Altenpflege, Gesundheits- und Kranken- sowie Kinderkrankenpflege	
Pflegepersonal-Stärkungsgesetz	2018
Entlastung des Pflegepersonals durch „Sofortprogramm-Pflege“ = Schaffung von 13.000 Stellen in stationären Pflegeeinrichtungen. Einführung eines neuen Bewertungssystems für stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste. Weiterentwicklung und Einführung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Abteilungen im Krankenhaus. Einführung einer krankenhaushausindividuellen, unabhängigen Personalkostenvergütung	
Pflegelöhneverbesserungsgesetz	2019
Erlass einer Pflegekommission für eine Amtsdauer von 5 Jahren (8 Mitglieder, Vertreter:innen der Arbeitgeber:innen und Arbeitnehmer:innen aus der Pflegebranche)	
Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung	2020
Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern	
Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz	2020
Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz	2021

diese jüngsten Reformen viele Veränderungen. So wurde mit dem neuen Pflegeberufegesetz (PflBG), eingeführt durch Art. 1 des Pflegeberufereformgesetzes (PflBRefG) im Jahr 2017, sowie der Umsetzung der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) der Bundesregierung in den letzten Jahren bestrebt, die Rahmenbedingungen der Entlohnung und die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen zu verbessern (BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2021a, S. 3).

Dazu gehören auch das 2018 erlassene Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) sowie das im darauffolgenden Jahr erlassene Gesetz für bessere Löhne in der Pflege (Pflegelöhneverbesserungsgesetz).

Die Coronapandemie führte schließlich Politik und Gesellschaft die Systemrelevanz der Pflegekräfte vor Augen, weshalb diese in gesetzlichen Maßnahmen in den Vordergrund rückten. Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG – Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung) wurde im Juni 2021 beschlossen. Es legt eine Tarifbezahlung aller Pflege- und Betreuungskräfte in der Altenpflege ab September 2022 fest (Abs. 1 Nr. 21 GVWG). Dem Personalmangel soll mit einer bundeseinheitlichen Vorgabe zum Personalschlüssel für Heimeinrichtungen entgegengewirkt werden (Abs. 2 Nr. 36 GVWG). Zudem wurde mit dem Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz) ein finanzieller Ausgleich zur Belastung in der Pandemie vereinbart.

Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz **2021**

Zulassung der Pflegeeinrichtungen nur bei tarifgebundener Entlohnung oder nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen. Auftrag zur Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs in Krankenhäusern: Abschluss 2024 (§ 137k SGB V).

Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung **2021**

Fünfte Pflegearbeitsbedingungsverordnung **2022**

Pflegebonusgesetz **2022**

Ab Januar 2023 erhalten Krankenhäuser 171 EUR pro Patient:in und Tag; Bonuszahlung richtet sich an Pflegepersonal, das während der Coronapandemie 2021 im Einsatz war.

Krankenhauspflegeentlastungsgesetz **2022**

Einführung der PPR 2.0 (Instrument zur Personalbemessung) in drei Stufen am Januar 2023; Einführung einer Krankenhaustagesbehandlung zur Entlastung der stationären Versorgung; finanzielle Unterstützung und Sicherung der Bereiche Geburtshilfe, Pädiatrie und des Hebammenwesens.

3 Morphologischer Kasten der professionellen Pflege

Wie im Beitrag *Begriffliche Einordnung der Pflege und Pflegeleistungen in Deutschland – Ein Überblick* (Schuppan et al., 2022) wird auch vorliegend ein morphologischer Kasten genutzt, um die Pflege – im Speziellen die professionelle Pflege – anhand von Merkmalen und deren Ausprägungen zu charakterisieren (Abbildung 1).

Statt zur Beschreibung eines individuellen Pflegesettings kann der vorliegende morphologische Kasten beispielsweise im Managementbereich einer pflegerischen Einrichtung eingesetzt werden, wo er als Instrument zur systematischen Darstellung einzelner Stationen und Bereiche dient, die sich in verschiedenen Merkmalen unterscheiden. Neben einzelnen Bereichen können auch die Merkmale einer gesamthaften pflegerischen Einrichtung dargestellt werden. Für den Vergleich mehrerer Einrichtungen gibt der morphologische Kasten potenziellen neuen Beschäftigten und pflegebedürftigen Personen sowie deren Angehörigen einen ersten Eindruck und ein qualitatives Instrument für eine Entscheidungsfindung an die Hand. Für politische Entscheidungsträger:innen kann der morphologische Kasten im Zuge neu eingeführter oder geplanter Maßnahmen als Beobachtungsinstrument genutzt werden, um Trendverläufe zu untersuchen und Entwicklungen darzustellen (z. B. im Bereich der Personalausstattung).

Ein morphologischer Kasten wird zeilenweise gelesen. Zu einem Merkmal werden dabei mehrere mögliche Ausprägungen vorgeschlagen. Vertikal übereinanderstehende Ausprägungen haben inhaltlich keinen Zusammenhang. In den folgenden Kapiteln werden die Merkmale und ihre Ausprägungen näher erläutert und anschließend beispielhaft angewendet.

Einsatzmöglichkeiten

Der morphologische Kasten kann als analytisches Werkzeug herangezogen werden.

Merkmal	Ausprägung															
Qualifikationen professioneller Pflege	Pflegefachfrau/-mann (Ausbildung)			Gesundheits- und Krankenpflege (Ausbildung)			Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (Ausbildung)			Altenpflege (Ausbildung)		Pflegeassistent:in (Ausbildung)		Hochschulausbildung Vollzeit/Dual		Mischform
Pflegekompetenzen nach Benner	Neuling			Fortgeschrittene:r Anfänger:in			Kompetent Pflegende:r			Erfahrene:r Pflegende:r		Pflegeexpert:in		Mischform		
Handlungsfelder der Pflege	Präventive Pflege			Kurative Pflege			Rehabilitative Pflege			Palliative Pflege			Mischform			
Pflegesysteme	Tätigkeitsbezogen: Funktionspflege			Patient:innenorientiert: Bereichspflege			Patient:innenorientiert: Bezugspflege			Patient:innenorientiert: Primary Nursing			Mischform			
Einsatzgebiete	Krankenhaus			Stationäre/teilstationäre Pflege			Ambulante Pflege			Ärztliche/zahnärztliche/sonstige medizinische Praxis		Vorsorge-/Rehabilitations-einrichtung		Sonstiges		
Gesamtzahl pflegerischer Arbeitskraft (VZÄ)	≤ 1	2–10	11–20	21–50	51–90	91–120	121–180	181–250	251–330	331–420	421–540	541–1.000	≥ 1.001			
Trägerschaften	Privat					Freigemeinnützig					Öffentlich					
Pflegebereiche	Sensitiver Bereich							Nicht-sensitiver Bereich								
Gesamtzahl pflegebedürftiger Personen	< 10	10–29	30–49	50–99	100–149	150–199	200–299	300–399	400–499	500–599	600–699	700–799	≥ 800			
Personalschlüssel: Pflegekraft zu x Pflegebedürftigen	< 2			2–10			11–20			21–30			> 30			

Abbildung 1: Morphologischer Kasten der professionellen Pflege

Quelle: Eigene Darstellung

4 Arbeitsorganisation professionelle Pflege

4.1 Berufliche Qualifikationen professionell Pflegender

Merkmal	Ausprägung						
Qualifikationen professioneller Pflege	Pflegefachfrau/-mann (Ausbildung)	Gesundheits- und Krankenpflege (Ausbildung)	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (Ausbildung)	Altenpflege (Ausbildung)	Pflegeassistent:in (Ausbildung)	Hochschulausbildung Vollzeit/ Dual	Mischform

Abbildung 2: Ausprägungen des Merkmals Qualifikation professioneller Pflege

Quelle: Eigene Darstellung

Für die Ausübung der professionellen Pflege ist eine abgeschlossene Ausbildung oder ein primärqualifizierendes Pflegestudium erforderlich (Vogler et al., 2020, S. 43). In der Disziplin Pflege gibt es ein breites Spektrum an Ausbildungsmöglichkeiten, dessen aktuelle gesetzliche Grundlage das PfIBG bildet. Das PfIBG besteht seit 2017, ist seit 2020 vollständig in Kraft und löste das bisherige Altenpflegegesetz sowie das Krankenpflegegesetz ab. 2017 begann die stufenweise Einführung des PfIBG mit der Umsetzung der Richtlinien des Europäischen Parlaments über die Anerkennung der Berufsqualifikation, die auch die Grundlage für die Gesetzesänderung darstellt. Hierzu wurden die Ausbildungsstruktur und -inhalte überarbeitet und angepasst. Seit 2020 wird die Ausbildung nach dem PfIBG umgesetzt.

Mit der generalistischen Pflegeausbildung werden pflegerische Aufgaben neu definiert und pflegebereichsübergreifende Kompetenzen vermittelt.

Mit dem PfIBG ist die neue Ausbildungs- und Berufsbezeichnung „*Pflegefachfrau*“ bzw. „*Pflegefachmann*“ erlassen worden (§ 1 PfIBG). Oberstes Ausbildungsziel ist die Vermittlung pflegerischer Kompetenzen durch die Entwicklung und Förderung eines professionellen, ethisch fundierten Verständnisses für die Pflege (§ 5 Abs. 4 PfIBG). Das PfIBG formuliert außerdem diverse Aufgabenbereiche, zu deren selbstständiger Ausführung die Ausbildung befähigt. Dazu gehören unter anderem die Erfassung des Pflegebedarfs und dementsprechend die Durchführung einer Pflegeplanung, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses, die Durchführung der Pflege selbst sowie die Dokumentation der angewandten Pflegemaßnahmen (§ 5 Abs. 3 PfIBG).

Mit der Gesetzesreform wird die bis dato bestehende Trennung der Ausbildungsberufe *Altenpflege*, *Gesundheits- und Krankenpflege* sowie *Gesundheits- und Kinderkrankenpflege* aufgehoben und in der neuen Ausbildungsverordnung zusammengeführt und generalisiert. Es besteht jedoch weiterhin die Möglichkeit (d. h. keine Verpflichtung) einer Vertiefung der speziellen Pflegefachrichtungen *Altenpflege* und *Kinderkrankenpflege* im letzten Ausbildungsjahr.

Im Jahr 2020 waren in Deutschland mehr als 53.000 Menschen in die neue Pflegeausbildung gestartet, zu denen die Abbildung 3 nähere Informationen darstellt. Es zeigt sich, dass neue Pflegeausbildungsverträge vor allem von Menschen aus Nordrhein-Westfalen abgeschlossen wurden (27,0 %). Dabei interessierten sich insbesondere junge Menschen zwischen 16 und 20 Jahren für die Pflegeausbil-

dung (51,4 %), wobei auch immerhin 16,8 % der Neuanmeldungen von Personen über 30 Jahren getätigt wurden. Über drei Viertel (75,7 %) der insgesamt neu erfassten Auszubildenden waren Frauen. In Bezug auf die Träger der praktischen Ausbildungsstätte entschied sich ein Großteil der Pflegegeschüler:innen (49,2 %) für einen Anbieter in freigemeinnütziger Trägerschaft; 32,3 % starteten die Ausbildung in einer öffentlichen und 18,5 % in einer privaten Einrichtung (Destatis, 2021).

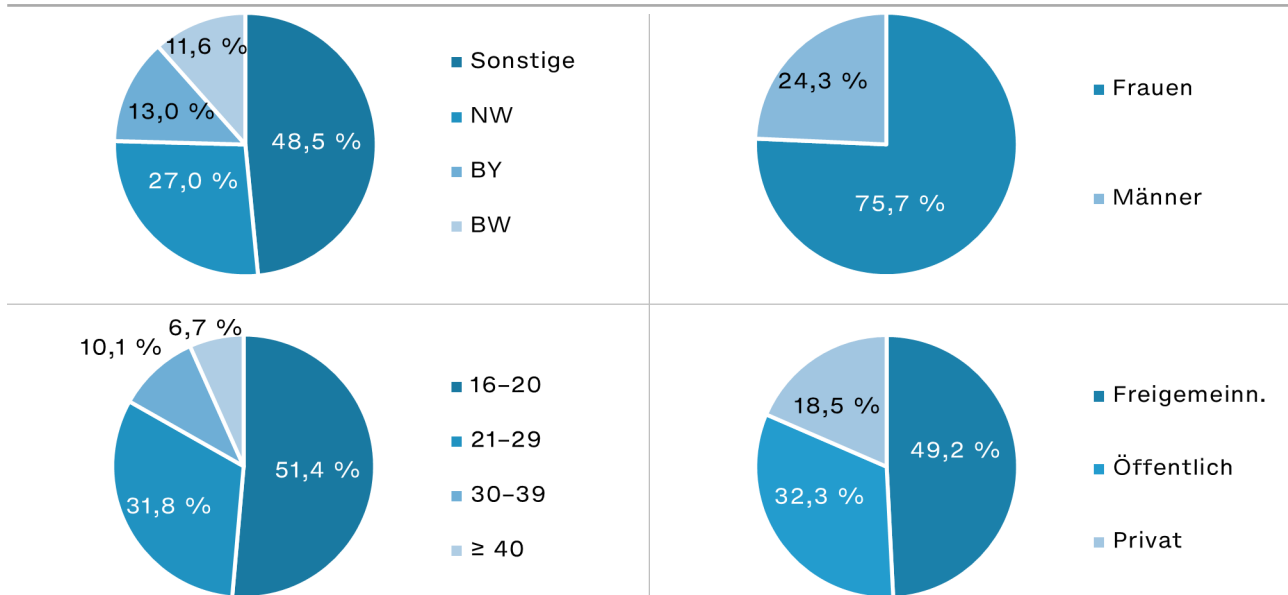


Abbildung 3: Informationen zu Auszubildenden zum/zur Pflegefachfrau/-mann im Jahr 2020
 Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2021)

Aufgrund des PflBG legte die Bundesregierung innerhalb der KAP einen Schwerpunkt auf die Ausbildung und Qualifikation. Eine Arbeitsgruppe entwickelte Maßnahmen für eine qualitativ hochwertige Pflegefachausbildung mit dem Ziel der Attraktivitätssteigerung des Berufs durch verbesserte Arbeitsbedingungen – darunter berufliche Entwicklungsmöglichkeiten, neue Arbeitszeitmodelle, welche sich an den Mitarbeiter:innen orientieren, ein moderner Führungsstil, eine angemessene Entlohnung und personelle Ausstattung (Die Bundesregierung, 2019, S. 13–14). In unterstützender Funktion begleitet das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) den Ausbildungsumbruch mit der Kampagne „Ausbildungsoffensive Pflege“ mit dem Ziel einer 10-prozentigen Steigerung der Anzahl an Auszubildenden von 2019 bis 2023 in den Einrichtungen (Die Bundesregierung, 2019, S. 15). Das BMFSFJ (2022) registrierte daraufhin eine steigende Anzahl neuer Ausbildungseintritte: 2021 begannen 61.329 Personen die Ausbildung zum/zur Pflegefachfrau/-mann, dies entspricht einer Steigerung gegenüber dem Vorjahr.

Maßnahmen zur Qualitäts- und Attraktivitätssteigerung

Die Regelungen für *Hilfs- und Assistenzberufe* in der Pflege werden weiterhin auf Länderebene entschieden. Nur die Qualifikation für die verkürzte Ausbildung zum/zur Pflegefachfrau/-mann bei bestehender Ausbildung in einem Assistenz- oder Hilfsberuf ist im PflBG festgehalten (§ 11, 12 PflBG). Hilfs- und Assistenzberufe in der Pflege umfassen die Teamarbeit mit Pflegefachkräften in der ambulanten Pflege sowie der stationären Akut- und Langzeitpflege (BMFSFJ & BMG, 2016, S. 2). Dazu gehören typischerweise weniger komplexe (Routine-)

Tätigkeiten, für die i. d. R. wenig spezifisches Fachwissen erforderlich ist (Destatis, 2023a). Assistenzkräfte und Pflegehelfer:innen übernehmen die Pflege und Betreuung von Personen in der eigenen Häuslichkeit, Krankenhäusern, pflegerischen Einrichtungen sowie in Wohngruppen (BMFSFJ & BMG, 2016, S. 2). Dabei verantworten sie die Durchführung von Maßnahmen, während die Verantwortung für die Planung, Überwachung und Steuerung der Maßnahmen beim Pflegefachpersonal liegt (BMFSFJ & BMG, 2016, S. 2). Die Dauer einer Krankenpflegehilfeausbildung in Vollzeit dauert mindestens ein Jahr (BMFSFJ & BMG, 2016, S. 3). Im Jahr 2021 waren in Deutschland ca. 219.000 Personen als Hilfskräfte im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege angestellt; im Bereich der Altenpflege waren es 339.000 Personen (Destatis, 2023a).

Neben der klassischen Ausbildung mit einer Dauer von drei Jahren ist auch ein duales Studium während der Zeit der Ausbildung sowie ein Aufbaustudium nach der Berufsausbildung möglich (*Hochschulausbildung Vollzeit/Dual*) und eröffnet weitere Berufsmöglichkeiten im Gesundheitswesen – beispielsweise im Pflege-
management oder in der Wissenschaft (Vogler et al., 2020).

Der kontinuierliche Wissenszuwachs durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse in der Medizin und neue Anwendungstechnologien führen zu einer qualitativ hochwertigeren und zielgerichteten Versorgung (Deutscher Bundestag, 2007, S. 27). Die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen wandeln und entwickeln sich gleichermaßen. Die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, eine Versorgung zu gewährleisten, die sich am aktuellen pflegerischen Erkenntnisstand und an technischen Neuerungen und Rahmenbedingungen orientiert, ist gesetzlich verankert und macht einen ständigen Erwerb neuer Kompetenzen und Erkenntnisse der Beschäftigten unumgänglich (DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2019, S. 10; § 11 Abs. 1 SGB XI). Eine nicht-akademisierte Weiterqualifizierung nach der Ausbildung erfolgt durch das Absolvieren von Fort- und/oder Weiterbildungen.

Wie sinnvoll das Bestreben einer hohen Qualifikation des pflegerischen Fachpersonals für ein besseres Outcome der pflegerischen Versorgung und dadurch auch eine niedrigere Mortalitätsrate ist, lässt sich durch mehrere internationale Studien belegen (Aiken et al., 2016, S. 566; Simon, Sharma & Gerfin, 2020; Wynendaele, Willems & Trybou, 2019, S. 915). Eine erweiterte und spezialisierte pflegerische Praxis auf der Grundlage evidenzbasierter Pflegepraktiken trägt zu einer fortschrittlichen Entwicklung des Berufsbildes bei und ermöglicht auch im interdisziplinären Kontext nachhaltige Qualitätsverbesserungen (DBfK, 2019, S. 11). Die Attraktivität des Berufsbildes und die Verweildauer im Beruf können durch die neu ermöglichten Karrierechancen nachhaltig gesteigert werden (DBfK, 2019, S. 8).

Neben den Befürworter:innen gibt es allerdings auch Gegenstimmen, die den langen Ausbildungsweg mit Akademisierungsgrad kritisieren, welcher eine längere Schulbildung für den Zugang zu einer Hochschule erfordert (Zander, Köppen & Busse, 2017, S. 71). Die Ausbildungsreform könne so den Fachkräftemangel noch verschärfen. Eine repräsentative Umfrage in Allgemeinkrankenhäusern unterstreicht diese Aussage, indem sie aufzeigt, dass das akademische Pflegefachpersonal vordergründig in leitenden Positionen tätig ist und weniger in der Pflege am Krankenbett mit pflegebedürftigen Personen arbeitet (Zander et al.,

Bedeutung einer evidenzbasierten, erweiterten pflegerischen Praxis

Kritik am akademischen Ausbildungsweg

2017, S. 72). Augenscheinlich wird derzeit aus diesem Grund auch nach längerer Berufspraxis ein Studium angestrebt, weil dieses eine Alternative und Perspektive zum (körperlich) anspruchsvollen Berufsalltag bietet (Pick, Brüggemann, Grote, Grünhagen & Lampert, 2004, S. 41).

Einzelne Pflegefachkräfte können auch mehrere, hier als Ausprägungen aufgeführte Qualifikationen vorweisen. Ebenfalls können in einer Organisationseinheit (Einrichtung, Station o. ä., die mit dem morphologischen Kasten beschrieben wird) Personen mit unterschiedlichen Qualifikationen beschäftigt sein. Beides kann durch die Ausprägung *Mischform* ausgedrückt werden.

Da Krankenhäuser, basierend auf der Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte, das wichtigste Einsatzgebiet darstellen (s. dazu Abbildung 9), wird die Verteilung von Pflegekräften mit verschiedenen Qualifikationen im Folgenden beispielhaft anhand des Krankenhauspersonals dargestellt.

Das Personal im Krankenhaus setzt sich aus verschiedenen Berufsgruppen zusammen. 2021 stellte der Pflegedienst mit 371.249 vollzeitäquivalenten Stellen (VZÄ) und einem Anteil von 38,7 % die größte Gruppe der 958.926 Stellen dar. Der Pflegedienst wird dem nichtärztlichen Dienst zugesprochen, der zusammengekommen 81,9 % (785.890 VZÄ) des Gesamtpersonals ausmacht – der ärztliche Dienst stellt entsprechend 18,1 % (Destatis, 2022d). Weitere Berufsgruppen des nichtärztlichen Dienstes sind der medizinisch-technische Dienst mit 16,8 % und der Funktionsdienst mit 11,4 % des Gesamtpersonals (Destatis, 2022f). Alle anderen Berufsgruppen stellen zusammen rund 15 % des Gesamtpersonals.

Zum nichtärztlichen Krankenhauspersonal gehörten 2021 insgesamt 1.041.806 Personen, die über unterschiedlichste Berufsqualifikationen verfügen. Bei der genauen Betrachtung der Qualifikationen in der Disziplin Pflege (wie sie in Abbildung 2 dargestellt sind) zeigt sich, dass von diesen sechs Qualifikationen die Gruppe der Gesundheits- und Krankenpfleger:innen innerhalb des nichtärztlichen Krankenhauspersonals am größten ist, während die Beschäftigten mit einem akademischen Pflegeabschluss die kleinste Gruppe stellen (Abbildung 4). Insgesamt 59,2 % des nichtärztlichen Personals haben eine Qualifikation der Disziplin Pflege.

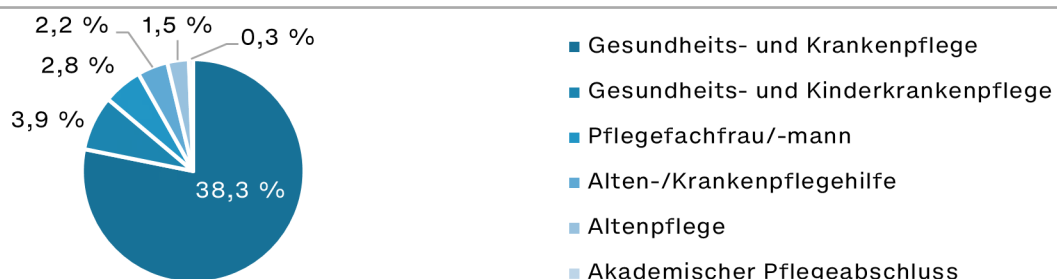


Abbildung 4: Anteile ausgewählter Qualifikationen professioneller Pflege am nichtärztlichen Krankenhauspersonal (n = 1.041.806 Personen), 2021

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2022f)

Anmerkung: Die Ausbildungsberufe sind jeweils inklusive der Schüler:innen ausgewiesen. Eine Person kann über mehrere Qualifikationen verfügen.

4.2 Pflegekompetenz nach Benner

Merkmal	Ausprägung					
Pflegekompetenzen nach Benner	Neuling	Fortgeschrittene:r Anfänger:in	Kompetent Pflegende:r	Erfahrene:r Pflegende:r	Pflegeexpert:in	Mischform

Abbildung 5: Ausprägungen des Merkmals Pflegekompetenz nach Benner

Quelle: Eigene Darstellung

Der Erwerb beruflicher Handlungskompetenzen, also die situativ angepasste Anwendung von Wissen und Kenntnissen in komplexen Pflegesituationen, ist als wichtiges Ziel der generalisierten Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann formuliert (§ 5 PflBG). Wie sich professionell pflegende Expert:innen in ihrem Handeln von weniger erfahrenen Berufsanfänger:innen unterscheiden, ist in verschiedenen Modellen zur Entwicklung von Pflegekompetenzen dargestellt (Vogler et al., 2020, S. 49). Dreyfus und Dreyfus beschrieben Mitte der 1980er-Jahre den allgemeinen Prozess des Kompetenzerwerbs anhand eines 5-Stufen-Modells; einige Jahre später wurde dieses von Benner für die Entwicklung eines Modells speziell für die berufliche Disziplin der Pflege aufgegriffen (Benner, 2012).

Pflegerische Kompetenzstufen nach Benner

Das Stufenmodell von Benner erläutert den Werdegang einer pflegenden Person von den Anfängen, Stufe 1, bis zur Expertise in Stufe 5 (Benner, 2012; Kaiser, 2001, S. 8). Ein *Neuling* ist in Anwendungssettings unerfahren und hält sich an standardisierte Regeln, während ein:e *fortgeschrittene:r Anfänger:in* Situationen bereits in verschiedenen Aspekten einschätzen können. Ab der dritten Stufe führt die *kompetente Fachkraft* Tätigkeiten aus, die situativ angebracht sind und denen eine angemessene Einschätzung der eigenen Kompetenz vorausgegangen ist. Der:/die *erfahrene Pflegekraft* der vierten Stufe leistet Kontextbetrachtungen und Entscheidungsfindungen nach eigenständiger professioneller Einschätzung. Mit der Expertise (*Pflegeexpert:in*) in der letzten Phase ist ein intuitives und empirisch begründetes Handeln erreicht (Kaiser, 2001, S. 8).

Wird mit dem morphologischen Kasten ein Einsatzgebiet bzw. eine kleinere Einheit innerhalb dessen (bspw. eine Station) beschrieben, sind in der Regel mehrere Kompetenzstufen vorhanden, da sie je nach Mitarbeiter:in unterschiedlich ausgeprägt sind (*Mischform*).

Die Pflegekompetenz hat einen Einfluss auf die Pflegequalität, die in ihrer Messung und Darstellung an wissenschaftlicher Bedeutung steigt (Hasseler & Stemmer, 2018, S. 24). In welchen Handlungsfeldern die professionelle Pflege mit den vorherigen Kompetenzen agiert, wird in den folgenden Abschnitten beschrieben.

4.3 Handlungsfelder der Pflege

Merkmal	Ausprägung				
Handlungsfelder der Pflege	Präventive Pflege	Kurative Pflege	Rehabilitative Pflege	Palliative Pflege	Mischform

Abbildung 6: Ausprägungen des Merkmals Handlungsfelder

Quelle: Eigene Darstellung

Pflege wird meist als Notwendigkeit gesehen, wenn eine Krankheit vorherrscht. Jedoch ist die Pflege nicht nur förderlich bei Heilungsprozessen oder in der Kompensation körperlicher und geistiger Defizite, sondern auch ein wichtiger Bestandteil der Prävention und der Nachsorge. Pflege lässt sich somit nach ihren Handlungszielen in vier Felder einteilen, die vom Einsatzort unabhängig zu betrachten sind und immer in Kombination gefordert werden (Vogler et al., 2020, S. 720–733).

Das Handlungsfeld *präventive Pflege* setzt sich aus Prävention und Gesundheitsförderung zusammen. Letztere setzt auf die Förderung der Ressourcen, die zur Gesunderhaltung beitragen, darunter der Zugang zu Leistungen sowie soziale und wirtschaftliche Ressourcen. Die Prävention fokussiert sich auf die Krankheitsvermeidung. Dazu gehören die frühe Entdeckung gesundheitlicher Veränderungen bei Risikopatient:innen u. a. durch regelmäßige Vitalzeichenkontrolle (Blutdruck, Puls), Maßnahmen zur Sturzprophylaxe und Beratungsgespräche bspw. für Stomapatient:innen (Vogler et al., 2020, S. 723). Die Lebensqualität und Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen sollen durch das Handlungsfeld erhalten oder auch gesteigert werden.

Während die präventive Pflege darauf abzielt, Krankheiten zu vermeiden, konzentriert sich die kurative Pflege auf die Behandlung von bereits bestehenden Krankheiten.

Die *kurative Pflege* zielt auf die Heilung von Krankheiten bzw. die Wiederherstellung des vorherigen Zustandes ab. Auch das Fortschreiten der Krankheit zu verlangsamen, gehört zu den Aufgaben der kurativen Pflege. Dieses Handlungsfeld stellt einen großen Teil der pflegerischen Arbeit im stationären sowie ambulanten Bereich dar, beispielhaft zu sehen bei der Insulinverabreichung (Vogler et al., 2020, S. 725–736).

Bei längeren sozialen oder körperlichen Beeinträchtigungen, die eine Wiedereingliederung in den Alltag erfordern, kommt die *rehabilitative Pflege* zum Tragen, die mögliche Schwierigkeiten bei einer solchen Wiedereingliederung kompensieren oder verhindern möchte. An bestimmten Orten, wie Rehabilitationsstationen und Rehabilitationskliniken, dominiert dieses Handlungsfeld; es ist aber auch an anderen Durchführungsorten gefordert. Das Spektrum der Ausführbarkeit ist vielseitig. Beispielsweise werden Anleitung und Beratung für Hilfsmittel in der eigenen Häuslichkeit durchgeführt und gezielte Förderung zur Verbesserung der Feinmotorik angeboten, die auch bei alltäglichen Handlungen wie dem Ankleiden benötigt wird (Vogler et al., 2020, S. 726–731).

Die *palliative Pflege* wird seit 2002 von der World Health Organization (WHO; dt. Weltgesundheitsorganisation) als ein wichtiger Aspekt der Schmerzlinderung und Verbesserung der Lebenssituation von Betroffenen angesehen, die sich in

einer durch Krankheit oder fortgeschrittenen Alters bedingten finalen Phase ihres Lebens wiederfinden. Sterben wird als ein Prozess verstanden, der nicht beschleunigt oder verzögert wird. Stattdessen wird die Lebensgestaltung der Betroffenen unterstützt und bedürfnisorientiert begleitet (Vogler et al., 2020, S. 731–732; WHO, 2002).

In der alltäglichen Berufspraxis kann eine einzelne Pflegekraft bei einer oder mehreren Pflegebedürftigen eine *Mischform* der Handlungsfelder anwenden. Zudem können innerhalb einzelner Einrichtungen bzw. Einsatzgebiete mehrere pflegerische Handlungsfelder praktiziert werden. In allen vier genannten Grundhandlungsfeldern – der präventiven, der kurativen, der rehabilitativen und der palliativen Pflege – richtet sich das pflegerische Handeln nach einrichtungsübergreifenden Standards und einrichtungsabhängigen Leitlinien. Dafür wurden nationale Expertenstandards (§ 113a SGB XI) eingeführt, die in einem Exkurs innerhalb dieses Beitrag näher beschrieben werden.

Die vier zentralen Handlungsfelder sind in der Praxis oft eng miteinander verknüpft oder überschneiden sich.

Exkurs pflegerisches Handeln

Für bisher zehn ausgewählte Themenbereiche der Pflege, bei denen in der Vergangenheit Komplikationen entstanden sind und die pflegerische Behandlung überbetrieblich nicht einheitlich erfolgte, wurden nationale Expertenstandards (§ 113a SGB XI) eingeführt, die vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) als Instrument für die Implementierung qualitativer standardisierter pflegerischer Maßnahmen in der Pflegepraxis erstellt und herausgegeben wurden (Meyer & Köpke, 2006, S. 211). Die Erstellung erfolgt nach Handhabung der evidenzbasierten Pflege, wird durch eine Gruppe von Expert:innen erarbeitet und in ausgewählten pflegerischen Einrichtungen vor der Implementierung erprobt und auf ihre Effektivität hin geprüft (vdek – Verband der Ersatzkassen e. V., 2022). Einige bisher bearbeitete Themenbereiche der Pflege, wie Dekubitusprophylaxe, Schmerzmanagement oder Sturzprophylaxe, werden fortlaufend durch weitere Themengebiete ergänzt und dienen dem Ziel, die Pflegequalität weiter auszubauen (Meyer & Köpke, 2006, S. 212). Eine einheitliche Strategie zur Qualitätssicherung ist auf politischer Ebene bereits seit 1999 als Ziel der Gesundheitsministerkonferenz der Länder formuliert (RKI – Robert Koch-Institut, 2015, S. 397). Im Jahr 2008 wurde auch gesetzlich eine Verpflichtung zur Anwendung der (amtlich im Bundesanzeiger veröffentlichten) Expertenstandards für zugelassene Pflegeeinrichtungen eingeführt (Art. 1 Nr. 71 PflWG; § 113a SGB XI). Aktuell ist der Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe jedoch der einzige, der bisher im Bundesanzeiger veröffentlicht wurde.

Mit den Expertenstandards wurde der Grundstein für berufliche Weiterbildungsmöglichkeiten zu beispielsweise „Pflegeexpert:in zur Dekubitusprophylaxe“ gelegt und damit auch ein Qualifikationserwerb gefördert (Meyer & Köpke, 2006, S. 212). Daneben ist auch ein kritischer Diskurs entstanden, der die wissenschaftlich-methodische Zuverlässigkeit, praktische Ausführbarkeit und Wirksamkeit des Instruments Expertenstandard bemängelt, da es den weitergeführten internationalen Entwicklungsstand der Methodik von Leitlinien nicht erreiche (Meyer & Köpke, 2006, S. 212). Für die Messung der Effektivität der präventiven und therapeutischen Maßnahmen seien die Expertenstandards aufgrund fehlender signifikanter Kennzahlen von Reduktionswahrscheinlichkeiten der Komplikationen nicht geeignet (Meyer & Köpke, 2006, S. 214). Eine begleitende Implementierungshilfe ist nicht vorhanden, weshalb in der Praxis Expertenstandards als Checkliste umfunktioniert und mittels Scorings erweitert werden würden (Meyer & Köpke, 2006, S. 214). Die Entwicklung erfolge auch monoprofessionell, d. h. es sei keine berufsübergreifende Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen, wie zum Beispiel aus dem medizinischen oder auch therapeutischen Bereich, vorgesehen, die parallel an der Behandlung der pflegebedürftigen Person beteiligt sind, so Meyer und Köpke (2006, S. 212). Für die Nutzbarkeit in der Pflegepraxis sei eine methodische Weiterentwicklung unabdingbar (Meyer & Köpke, 2006, S. 215).

Nationale Expertenstandards in der Pflege

Kritik und Herausforderungen bei der Implementierung

4.4 Pflegesysteme

Merkmal	Ausprägung				
Pflegesysteme	Tätigkeitsbezogen: Funktionspflege	Patient:innenorientiert: Bereichspflege	Patient:innenorientiert: Bezugspflege	Patient:innenorientiert: Primary Nursing	Mischform

Abbildung 7: Ausprägungen des Merkmals Pflegesysteme

Quelle: Eigene Darstellung

Je nach Pflegeeinrichtung werden unterschiedliche Arbeitsorganisationen und verschiedene Pflegesysteme eingesetzt. Pflegerische Aufgaben und Pflegestandards in der Gesundheits-, Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege lassen sich über Modelle definieren. Diese Modelle bilden das Pflegesystem einer Einrichtung. Sie sind Teil des Pflegemanagements und strukturieren die Tätigkeitsbereiche der Pflegekräfte.

Das tätigkeitsbezogene Pflegesystem ist mit der *Funktionspflege* gleichzusetzen und konzentriert sich auf die Effizienz der Tätigkeitsabläufe und eine aufgabenbezogene Arbeitsteilung. Die einzelnen Aufgabenprozesse sind wiederkehrend und werden an unterschiedlichen Pflegebedürftigen durchgeführt. Die Arbeitsteilung orientiert sich an den Kompetenzen der Pflegekräfte. Eine Unterteilung nach Ausbildungsgrad ist hier differenziert möglich, da nicht jede pflegerische Tätigkeit eine abgeschlossene Ausbildung voraussetzt. Dieses Pflegesystem findet häufig in Kliniken Anwendung und ist durch klare hierarchische Strukturen gekennzeichnet (Tegtmeier & Schran, 2015, S. 592).

Tätigkeitsbezogenes Pflegesystem: Funktionspflege

Demgegenüber stehen die patient:innenorientierten Pflegesysteme. Die Betreuung der Pflegebedürftigen wird durch eine oder wenige Bezugspersonen gewährleistet, dabei stehen die individuellen Bedürfnisse im Fokus. Im patient:innenorientierten Pflegesystem der Bereichspflege bestehen stationär einzelne Bereiche oder Gruppenzuteilungen der Pflegebedürftigen, denen, je nach Verfügbarkeit, Pflegekräfte schichtbezogen zugeordnet werden (Tegtmeier & Schran, 2015, S. 592).

Patient:innenorientierte Pflegesysteme: Bereichspflege, Bezugspflege und Primary Nursing

Bei der *Bezugspflege* findet eine unabhängig von der Schichteinteilung übergreifende Zuordnung der Pflegekräfte zu den Pflegebedürftigen statt. Die Bezugspflegekraft ist somit persönliche:r Ansprechpartner:in und übernimmt die Organisation des gesamten Pflegeprozesses der/:/des Pflegebedürftigen, der in seiner Gesamtheit jedoch durch mehrere Pflegekräfte ausgeführt wird (Tegtmeier & Schran, 2015, S. 592).

Primary Nursing wird in der deutschsprachigen Literatur oft mit dem Begriff der Bezugspflege übersetzt und nicht als eigenständiges Konzept wahrgenommen. Die Arbeit der Primary Nurses basiert aber nur auf dem Prinzip der Bezugspflege. Eine Abgrenzung der Begrifflichkeiten besteht in der Verantwortlichkeit und Pflegeplanung der Pflegeperson für eine:n Pflegebedürftige:n, die sich über den gesamten Aufenthalt erstrecken und ausschließlich von einer Primary Nurse ausgeführt oder ihren Associate Nurses in assistierender Funktion ausgeführt

werden, wobei jeder pflegebedürftigen Person eine Pflegeperson zugeordnet ist (Bretbacher, 2017, S. 7). In Abwesenheit der Primary Nurse übernehmen andere Pflegekräfte und arbeiten nach vorgegebener Planung, die bei notwendigen Abweichungen durch Veränderungen des Gesundheitsstatus erst in Absprache mit der Primary Nurse geändert und angepasst wird (Bretbacher, 2017, S. 7). In Deutschland kommt dieses Pflegesystem bisher eher selten und wenn, dann in kleinen stationären Pflegeeinrichtungen vor, da ein hoher personeller Einsatz erforderlich ist.

In der praktischen Umsetzung werden häufig Mischformen beider Pflegesysteme beobachtet und praktiziert. So können die Stärken mehrerer Pflegesysteme miteinander kombiniert werden. In Deutschland werden überwiegend die Funktions- und Bereichspflege als *Mischform* verwendet. Heterogen ist u. a. die Bedeutung der Beziehung zwischen Pflegekraft und pflegebedürftiger Person sowie die Arbeitsaufteilung und die Regelung der Hierarchie innerhalb des Pflegepersonals (Care Potentials, 2021).

In der Praxis ist die Mischform beider Pflegesysteme weit verbreitet.

5 Arbeits-/Wirkungsbereiche und Rahmenbedingungen professioneller Pflegefachkräfte

5.1 Einsatzgebiete

Merkmal	Ausprägung					
Einsatzgebiete	Krankenhaus	Stationäre/teilstationäre Pflege	Ambulante Pflege	Ärztliche/zahnärztliche/sonstige medizinische Praxis	Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung	Sonstiges

Abbildung 8: Ausprägungen des Merkmals Einsatzgebiete

Quelle: Eigene Darstellung

Die Einsatzgebiete von Pflegekräften im morphologischen Kasten (Abbildung 8) werden für den vorliegenden Beitrag in Anlehnung an die Gesundheitspersonalrechnung von Destatis (2022c) definiert; weiterhin sei auf den zugrundeliegenden Beitrag von Schuppann et al. (2022) verwiesen, welcher die relevanten Einrichtungen bereits aus Perspektive der Pflegebedürftigen im Sinne des Versorgungsortes definiert hat.

Überblick zu verschiedenen Einsatzgebieten

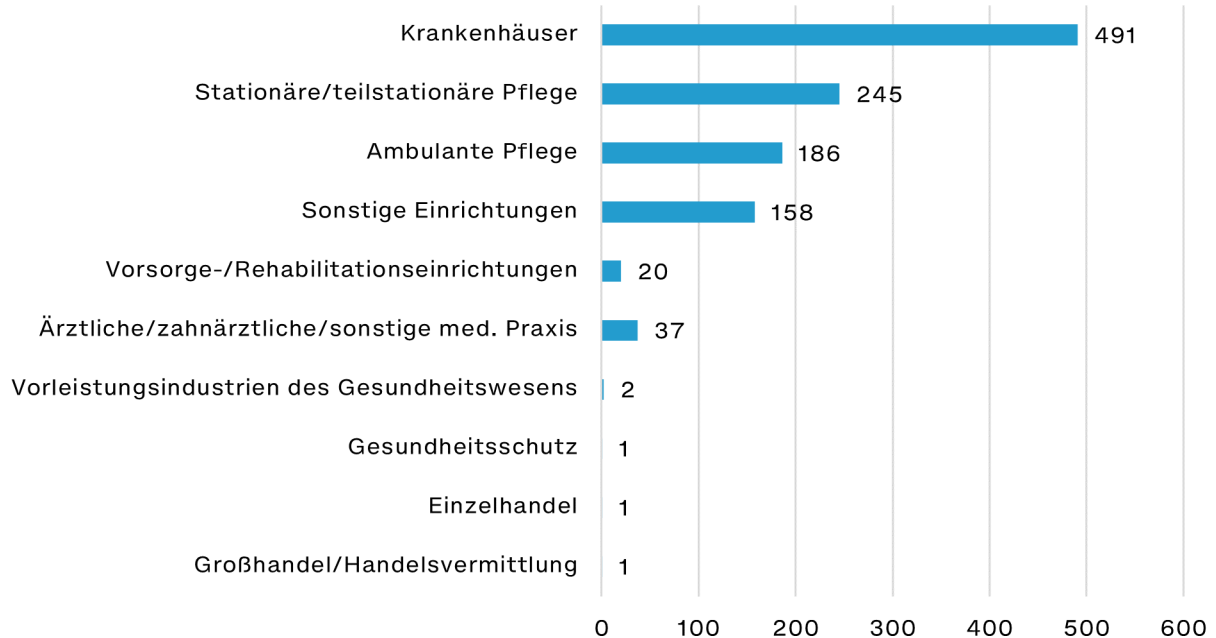


Abbildung 9: Einsatzgebiete von Pflegekräften nach Pflegepersonalanzahl in Tsd.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2022e)

Anmerkung: Die Statistik fußt auf der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) der Bundesagentur für Arbeit (2021) – vorliegend werden die Gruppen 81302, 81313, 81323, 81382, 81383, 82102, 82103, 82182 sowie 82183 kumuliert dargestellt. Ärztliche, zahnärztliche und sonstige Praxen werden als ein Einsatzgebiet ausgewiesen. Es werden nur solche Einsatzgebiete dargestellt, in denen mind. 1.000 Pflegekräfte tätig waren.

Die Charakterisierung der professionellen Pflege, wie sie mit dem vorliegend aufgebauten morphologischen Kasten erfolgen kann, steht in vielen Merkmalen in Wechselbeziehung mit dem Einsatzgebiet. In Deutschland sind die meisten Beschäftigten aus den Gesundheits- und Pflegeberufen in Einrichtungen der Langzeitpflege (bspw. Altenpflegeheimen) und in Krankenhäusern tätig. Dies bestätigt die Gesundheitspersonalrechnung von Destatis (Abbildung 9). Die in den Pflegeberufen am weitesten verbreiteten Einsatzgebiete *Krankenhäuser*, *Ambulante Pflege* sowie *Stationäre/Teilstationäre Pflege*, werden im weiteren Verlauf des vorliegenden Kapitels unter der Hinzunahme statistischer Daten detailliert beschrieben. Neben diesen drei Einsatzgebieten zeigt Abbildung 9, dass auch in *Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen* sowie in *ärztlichen/zahnärztlichen/sonstigen medizinischen Praxen* viele Pflegekräfte tätig sind. Im morphologischen Kasten steht die Ausprägung *Sonstige* für alle weiteren Einsatzgebiete professioneller Pflegekräfte.

Destatis (2022c) definiert *Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen* folgendermaßen, was für den vorliegenden Beitrag ebenfalls als Begriffsgrundlage verstanden wird:

„**Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen** sind Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung der Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln [...] verbessert und den Patientinnen und Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte geholfen werden soll und die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.“

Die in der Gesundheitspersonalrechnung separat ausgewiesenen Praxen von (Zahn-)Ärzt:innen und Angehörigen sonstiger medizinischer Berufe (sog. paramedizinische Berufe wie Physiotherapie, Ergotherapie, psychologische Psychotherapie¹) werden im morphologischen Kasten zusammengefasst unter der Ausprägung *ärztliche/zahnärztliche/sonstige medizinische Praxis*. Entsprechend wird folgende Definition vorgeschlagen, basierend auf Destatis (2022c):

Unter einer **Praxis** wird eine ambulante Versorgungseinheit mit direktem Patient:innenkontakt verstanden, in denen (zahn-)ärztliche Leistungen (von (Zahn-)Ärzt:innen) oder heilkundliche/humanmedizinische Tätigkeiten (von Angehörigen paramedizinischer Berufe) angeboten bzw. ausgeübt werden.

¹ „In Praxen sonstiger medizinischer Berufe werden heilkundliche und humanmedizinische Tätigkeiten, die nicht in Krankenhäusern oder von ärztlichem Fachpersonal, sondern von Angehörigen der paramedizinischen Berufe, die die rechtliche Befähigung zur Behandlung von Patient:innen besitzen, ausgeübt“ (Destatis, 2022c).

Krankenhäuser

Das Einsatzgebiet Krankenhaus ist vorliegend, auch im Sinne der für die statistischen Darstellungen herangezogenen Grunddaten der Krankenhäuser von Destatis, nach § 2 Abs. 1 KHG – Krankenhausfinanzierungsgesetz definiert:

„**Krankenhäuser** [sind] Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können.“

Die absolute Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland ist rückläufig. Waren es im Jahr 2001 noch 2.240 Krankenhäuser (2,7 Häuser pro 100.000 Einwohner:innen), sind es im Jahr 2021 deutschlandweit nur noch 1.887 Krankenhäuser und damit nur noch 2,3 pro 100.000 Einwohner:innen (Destatis, 2022b, 2022f). Die detaillierte Entwicklung der vergangenen 20 Jahre zeigt Abbildung 10.

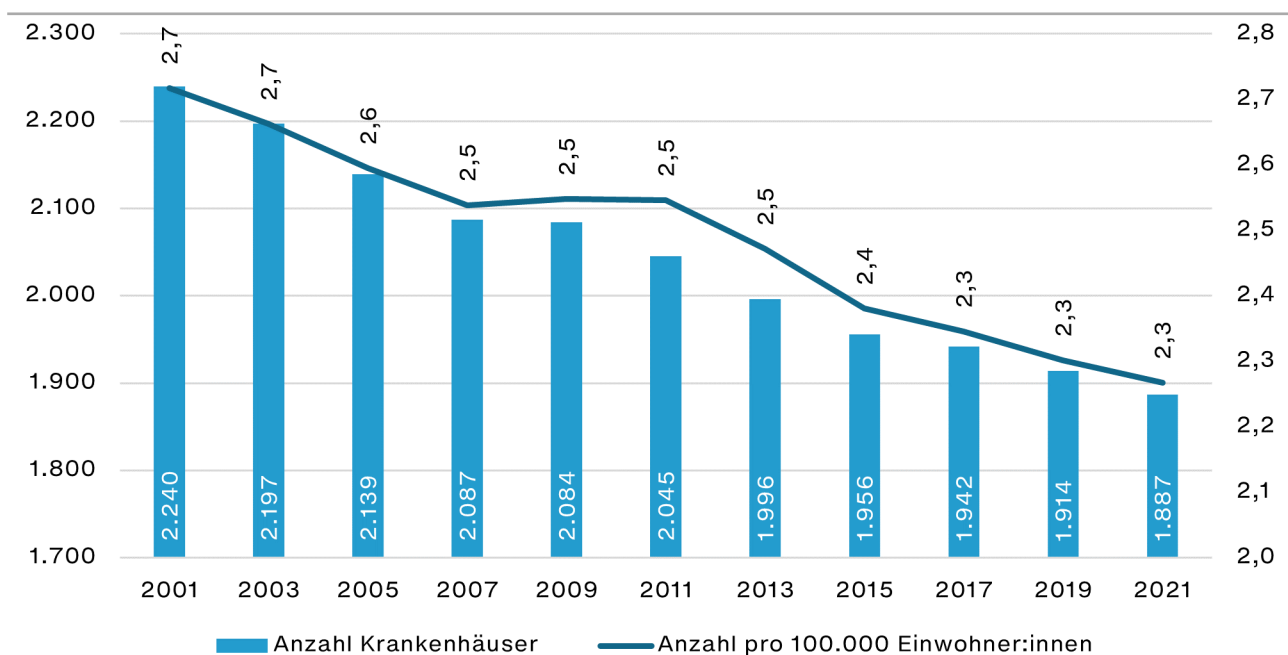


Abbildung 10: Entwicklung der Anzahl von Krankenhäusern, 2001–2021

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2022b, 2022f)

Die Verteilung der Krankenhäuser auf die Bundesländer für die Jahre 2011 und 2021 wird in Abbildung 11 dargestellt. Daraus geht hervor, dass im betrachteten Jahrzehnt nur wenige Veränderungen stattgefunden haben – die auffälligsten Entwicklungen zeigen Hamburg, mit einem deutlichen Anstieg von 2,6 auf 3,3 Krankenhäuser pro 100.000 Einwohner:innen, und Hessen, mit einem Rückgang von 2,9 auf 2,4 Krankenhäuser pro 100.000 Einwohner:innen. Vier Bundesländer konnten ihre Abdeckung mit Krankenhäusern erhöhen, in weiteren vier Ländern blieb die Anzahl im Verhältnis zur Bevölkerung gleich. Bei dieser Darstellung sind allerdings die Bettenzahlen der einzelnen Häuser nicht berücksichtigt, sodass keine Aussage über die tatsächliche Kapazität getroffen werden kann.

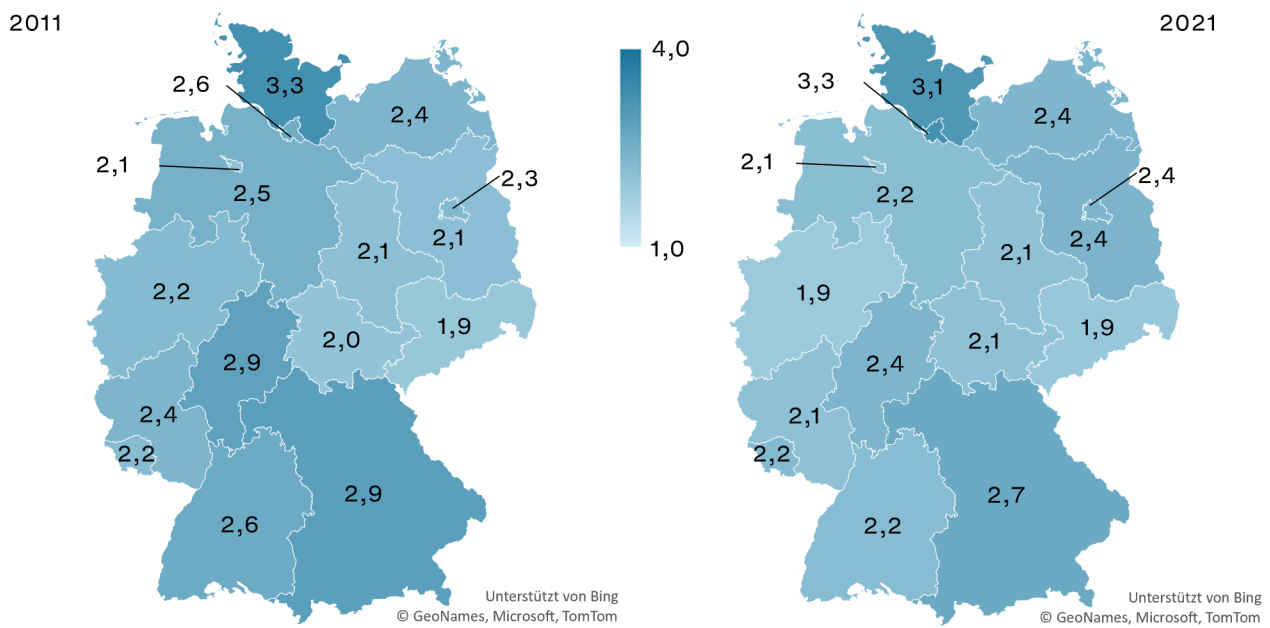


Abbildung 11: Anzahl Krankenhäuser je 100.000 Einwohner:innen nach Bundesländern, 2011 und 2021

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2013a, 2013c, 2022f, 2022i)

Die Größe der Einrichtung wird für die Bundesstatistik für Krankenhäuser (gem. KHStatV – Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser) nach der vorhandenen Bettenanzahl ermittelt. Hierzu wurden Bettengrößenklassen gebildet, die den Jahresdurchschnittswert einer Einrichtung wiedergeben. Teilstationäre und ambulante Nutzungen sind nicht mitberücksichtigt (Destatis, 2022f). Abbildung 12 zeigt auf, inwieweit sich seit 2001 die Bettenkapazität der Krankenhäuser verschoben hat, und dass der Anteil der Einrichtungen mit niedriger Bettengrößenklasse (bis 49 Betten) stetig anstieg. Zudem stieg der Anteil der Einrichtungen mit höheren Bettengrößenklassen (ab 400 Betten) im betrachteten Zeitraum an. Somit scheint der in Abbildung 11 dargestellte Rückgang der Anzahl der Krankenhäuser am ehesten die Einrichtungen mit einer mittleren Bettengrößenklasse zu betreffen. Der sinkende Anteil dieser Größenklasse könnte jedoch nicht nur auf Schließungen, sondern auch auf Fusionen, Redimensionierungen oder andere Veränderungen zurückzuführen sein.

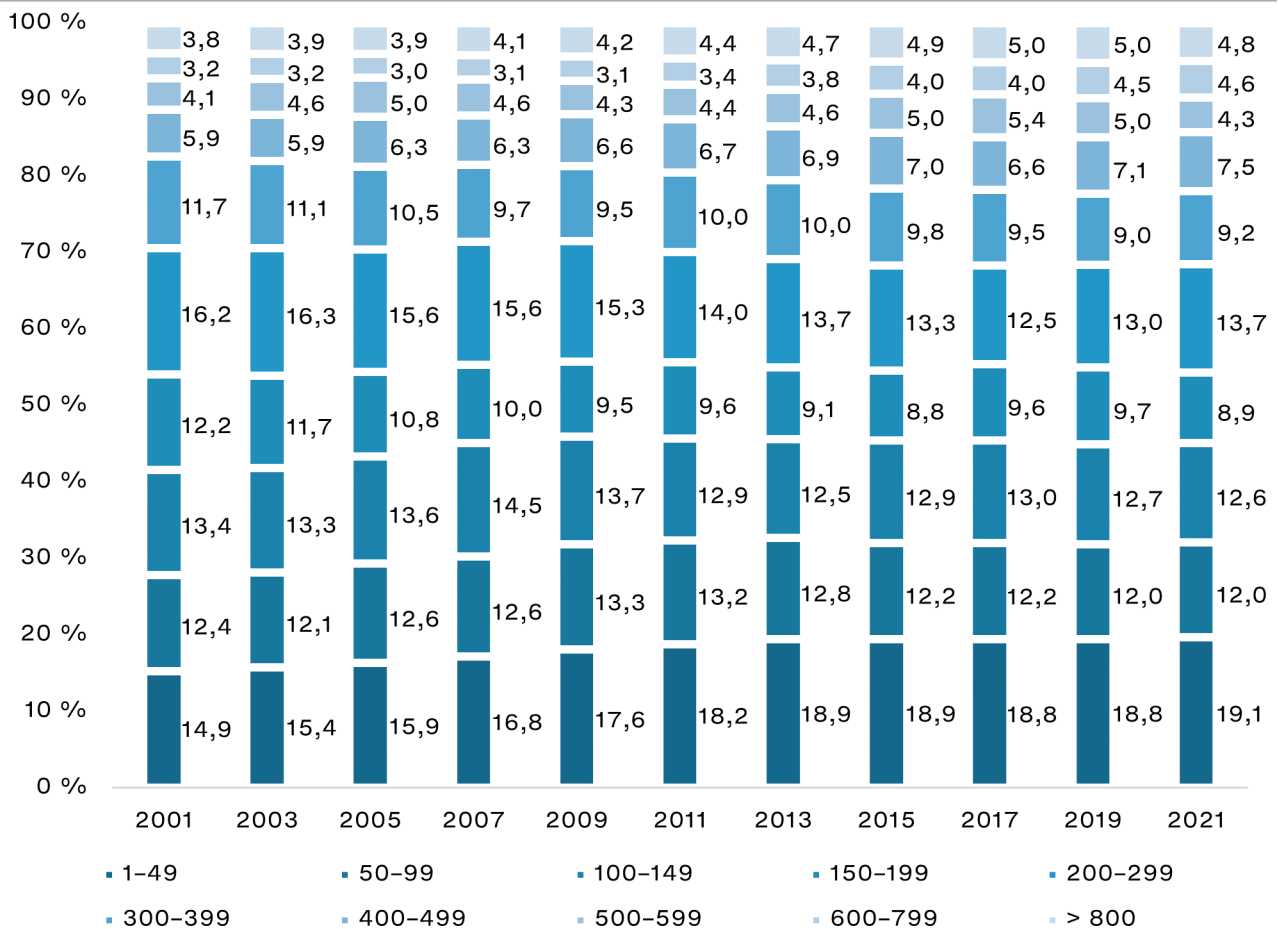


Abbildung 12: Anzahl Krankenhäuser je Bettengrößenklassen, 2001–2021

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten von Destatis (2022f)

Für die Krankenhauslandschaft in Deutschland wurde kürzlich eine „Revolution“ seitens des Bundesgesundheitsministers Karl Lauterbach angekündigt – so ein Bericht auf tagesschau.de (Lauterbach verspricht „Revolution“, 2022). Insbesondere durch die Änderung des Vergütungssystems sollen medizinische vor wirtschaftliche Interessen gestellt werden. Wie und wann die Pläne umgesetzt werden, bleibt abzuwarten. Sicher ist jedoch die Entwicklung mit Spannung zu verfolgen.

Pflegedienste (Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste)

Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste betreuen Pflegebedürftige in deren eigenen Häuslichkeit. In der nach § 109 SGB XI durchgeführten statistischen Erhebung der Pflegeeinrichtungen werden ambulante Pflege- und Betreuungsdienste summiert ausgewiesen, auch bei der Gesundheitspersonalrechnung erfolgt für den Einrichtungstyp Ambulante Pflege keine Differenzierung. Dieser Logik folgt auch der vorliegende Beitrag mit dem vorgeschlagenen morphologischen Kasten zur professionellen Pflege. Dazu wird zur sprachlichen Vereinfachung im Folgenden der Begriff „Pflegedienst“ für pflegerische Dienste als auch Betreuungsdienste verwendet. Ein rechtlicher Unterschied besteht jedoch darin, dass die Versorgung bei reinen Betreuungsdiensten (nach § 71 Abs. 1a SGB XI) im Gegensatz zu ambulanten Pflegediensten (§ 71 Abs. 1 SGB XI) nicht unter

ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft erfolgen muss. Im Sinne von § 71 Abs. 1, 1a SGB XI sowie § 36 Abs. 1 SGB XI sind Pflegedienste vorliegend entsprechend folgendermaßen definiert:

Pflegedienste sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die Pflegebedürftige in deren häuslicher Umgebung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe, darunter körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen oder Hilfen bei der Haushaltsführung, versorgen.

In Deutschland waren im Jahr 2021 15.376 Pflegedienste registriert (Destatis, 2022a). Wie Abbildung 13 zeigt, stieg sowohl die absolute Zahl der Dienste im Betrachtungszeitraum 2001 bis 2021 als auch die Anzahl im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung kontinuierlich an.

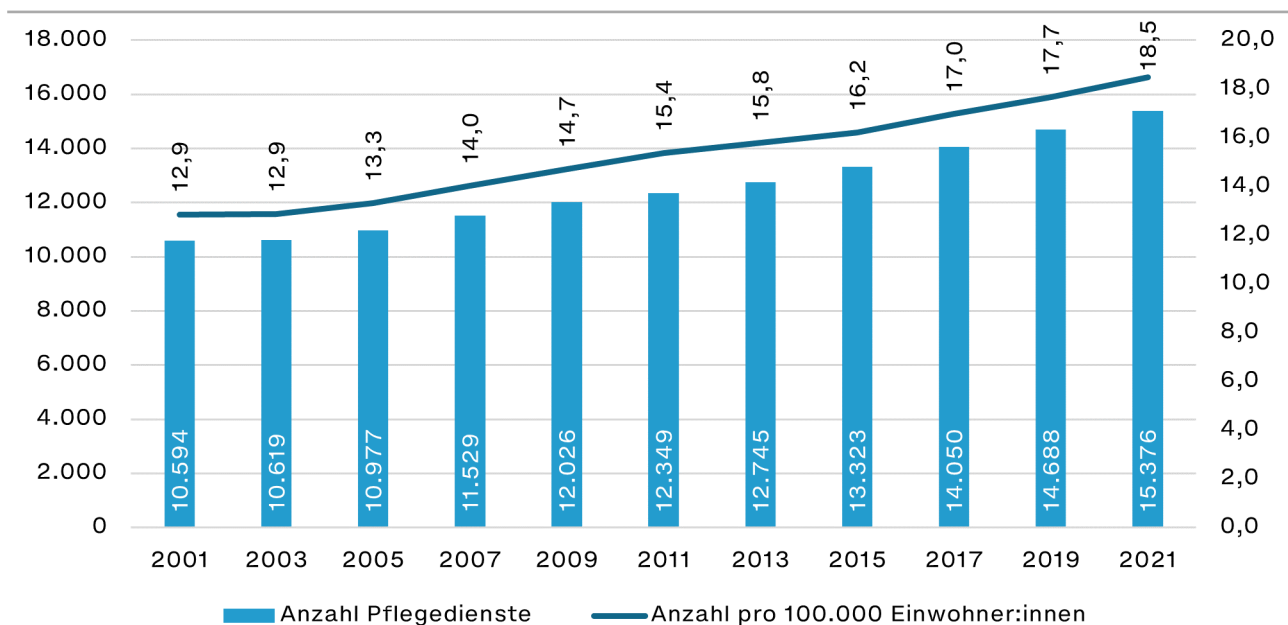


Abbildung 13: Entwicklung der Anzahl von Pflegediensten, 2001–2021

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2022a, 2022b)

Abbildung 14 zeigt die Anzahl der Pflegedienste je 100.000 Einwohner:innen in den einzelnen Bundesländern. Mit der Gegenüberstellung der Karten für die Jahre 2011 und 2021 wird die Steigerung der Gesamtzahl in diesem Zeitraum deutlich. In den betrachteten Jahren 2011 und 2021 wiesen jeweils Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und das Saarland das geringste Verhältnis von Pflegediensten zu 100.000 Einwohner:innen auf. Jedoch konnten auch diese Länder die Anzahl ihrer Pflegedienste im Verhältnis zur Bevölkerung steigern; einzig in Bremen gab es 2021 (16,3) im Verhältnis weniger Pflegedienste als 2011 (16,5). Den größten Zuwachs erfuhren im Betrachtungszeitraum Brandenburg und Sachsen-Anhalt. Gemeinsam mit Mecklenburg-Vorpommern stellen sie heute die drei Bundesländer mit den verhältnismäßig meisten Pflegediensten. Die Zahlen deuten darauf hin, dass auf den insb. durch den demografischen Wandel bedingten steigenden Bedarf nach (professioneller) Pflege reagiert wird (siehe Kapitel 6). Die steigende Zahl der Pflegedienste ist jedoch nicht allein ausschlaggebend für die Versor-

gungskapazität und -qualität. Für eine Bewertung dieser liefern die folgenden Kapitel mehr Informationen zu den Parametern Anzahl pflegebedürftiger Personen, Pflegegrade und Pflegepersonal.

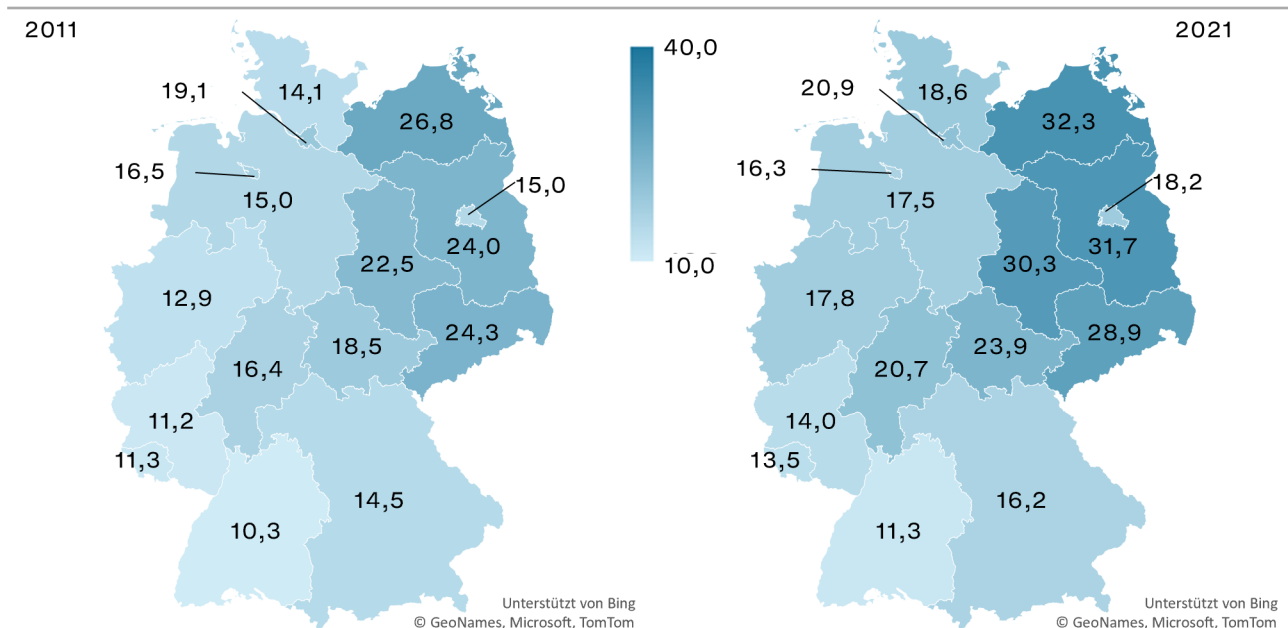


Abbildung 14: Anzahl ambulanter Pflegedienste je 100.000 Einwohner:innen nach Bundesländern, 2011 und 2021

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2013b, 2013c, 2022h, 2022i)

Pflegeheime (Stationäre/Teilstationäre Pflegeeinrichtungen)

Obwohl im allgemeinen Sprachgebrauch häufig synonym verwendet, sind Pflegeheime von „Altenheimen“ begrifflich abzugrenzen, da Letztere auf die Betreuung einer bestimmten Gruppe (ältere Personen) spezialisiert sind und zudem auch Bewohner:innen ohne Pflegebedürftigkeit aufnehmen, wobei die soziale Betreuung im Mittelpunkt steht (Pompey, 1998, S. 2). Da die vorliegend präsentierten Daten zu Pflegeheimen auf der gesetzlichen Definition nach § 71 Abs. 2 SGB XI beruhen, folgt der vorliegende Beitrag dieser zur Charakterisierung des Einsatzgebiets Stationäre/Teilstationäre Pflegeeinrichtung:

Stationäre/Teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft ganztägig (vollstationär) oder tagsüber bzw. nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden.

Entsprechend sind Einrichtungen, in denen Menschen mit Behinderungen versorgt werden, nur dann als „Pflegeheim“ zu charakterisieren, wenn die Versorgung in Art und Umfang mit der Versorgung einer vollstationären Pflegeeinrichtung gleichgesetzt werden kann (s. dazu § 71 Abs. 4 Nr. 3c SGB XI). Andere Einrichtungen für die Versorgung von Menschen mit Behinderung können im morphologischen Kasten mit der Ausprägung *Sonstiges* eingeordnet werden.

Insgesamt sind 16.115 voll- und teilstationäre Pflegeheime im Jahr 2021 in Deutschland erfasst worden. Darunter bieten 11.358 Pflegeheime eine vollstationäre Dauerpflege, die weiteren Kurzzeit-, Tages- und/oder Nachtpflege an (Destatis, 2022j). Die absolute Anzahl der Pflegeheime ist seit 2001 kontinuierlich gestiegen und wächst auch im Verhältnis zur Bevölkerungszahl an (Abbildung 15).

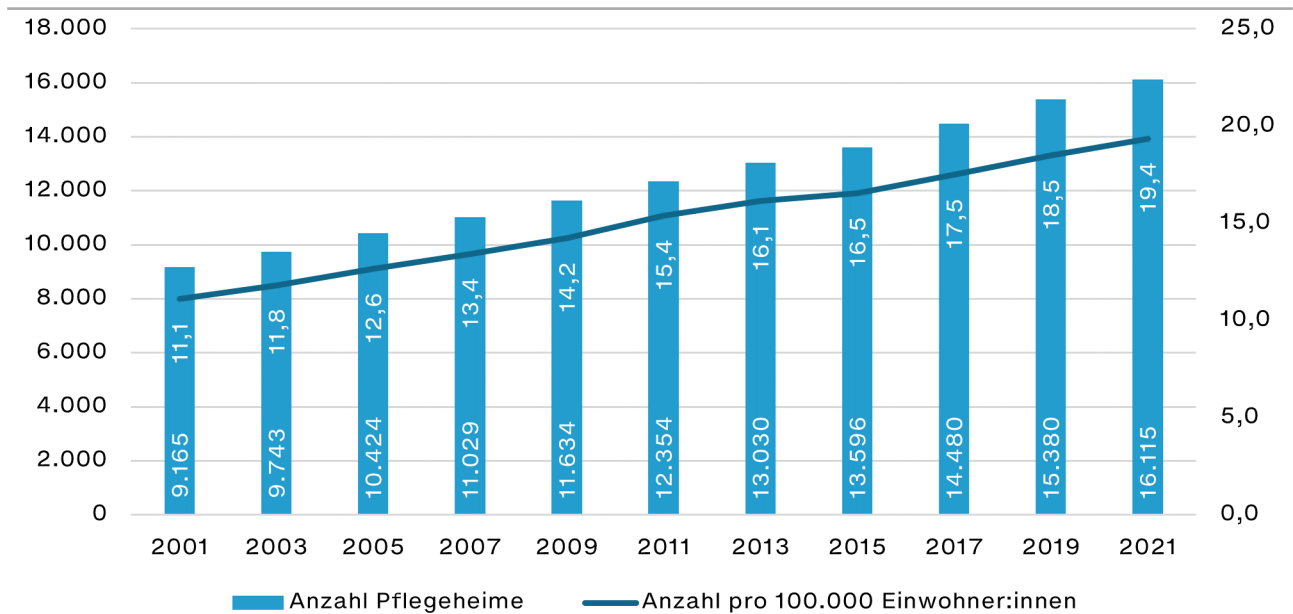


Abbildung 15: Entwicklung der Anzahl von Pflegeheimen, 2001–2021

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2022b, 2023b)

Pflegerische Arbeitskraft zeigt die Anzahl der Pflegeheime in den einzelnen Bundesländern im Verhältnis zur jeweiligen Bevölkerungszahl (je 100.000 Einwohner:innen) für die Jahre 2011 und 2021 (Abbildung 16). Dies zeigt, dass die Länder Berlin und Hamburg mit je unter 11 Pflegeheimen pro 100.000 Einwohner:innen die geringste Dichte aufzeigen. Gemeinsam mit Rheinland-Pfalz bilden sie in beiden Jahren die drei Bundesländer mit den wenigsten Pflegeheimen pro 100.000 Einwohner:innen. Sachsen-Anhalt gehörte zu beiden betrachteten Zeitpunkten zu den drei Bundesländern mit dem höchsten Verhältnis von Pflegeheimen und Bevölkerungszahl und hat zudem die höchste Steigerung (von 20,4 auf 33,6 Pflegeheimen/100.000 Einwohner:innen) erreicht.

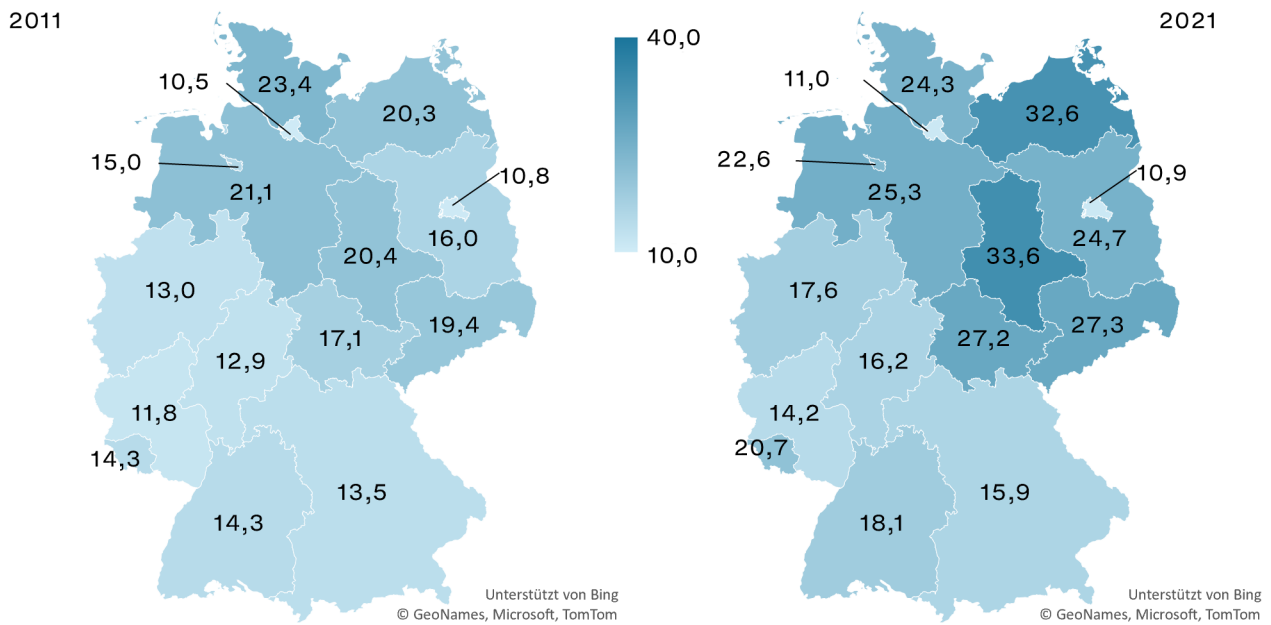


Abbildung 16: Anzahl Pflegeheime je 100.000 Einwohner:innen nach Bundesländern, 2011 und 2021
 Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2013c, 2013d, 2022i, 2022j)

5.2 Pflegerische Arbeitskraft

Merkmal	Ausprägung												
	≤ 1	2–10	11–20	21–50	51–90	91–120	121–180	181–250	251–330	331–420	421–540	541–1.000	≥ 1.001
Gesamtzahl pflegerischer Arbeitskraft (VZÄ)													

Abbildung 17: Ausprägungen des Merkmals Gesamtzahl pflegerischer Arbeitskraft (in VZÄ)
 Quelle: Eigene Darstellung

Das Merkmal Gesamtzahl pflegerischer Arbeitskraft stellt die Anzahl der im betrachteten Einsatzgebiet (bzw. einer einzelnen Einheit dessen) beschäftigten Pflegekräfte dar. Bei Pflegekräften sind jedoch Teilzeitmodelle weit verbreitet (Bundesagentur für Arbeit, 2022, S. 7). Die Darstellung der Mitarbeiter:innenkapazität erfolgt für eine realitätsnahe Abbildung daher in VZÄ (Bundesagentur für Arbeit, 2022, S. 7).

Berechnung der Mitarbeiter:innenkapazität in VZÄ

Durch das VZÄ wird bei einer Angestelltengruppe mit unterschiedlichen Arbeitszeitmodellen berechnet, wie vielen Vollzeitstellen sie gemeinsam entsprechen, indem die Leistungen der Teilzeitkräfte in Leistungen der Vollzeitkräfte umgerechnet werden (Krings, 2018, S. 65). So wird nicht nur die Anzahl des Personals berücksichtigt, sondern auch die verfügbare Kapazität der eigentlichen Arbeitsleistung dargestellt. Eine Vollzeitstelle mit einer 100 %-Kapazität entspricht einem VZÄ von 1,0 (Krings, 2018, S. 65).

Mit der Ausprägung ≤ 1 kann eine einzelne Pflegekraft in Voll- oder Teilzeit abgebildet werden. Die höchste Ausprägung ist angelehnt an die aktuelle Krankenhausstatistik (Destatis, 2022f), nach der in 91 Krankenhäusern mit 800 und mehr Betten insgesamt rund 100.000 Personen (VZÄ) im Pflegedienst tätig sind – dies entspricht einem Durchschnitt von etwa 1.000 Pflegekräften im VZÄ, im morphologischen Kasten dargestellt mit ≥ 1.000 . Die weiteren Ausprägungen lauten, ebenfalls angelehnt an die o. g. Statistik 1–10, 11–20, 21–50, 51–90, 91–120, 121–180, 181–250, 251–330, 331–420, 421–540, 541–1.000. Hierfür wurde für jede Bettengrößenklasse der jeweilige Durchschnitt der Pflegekräfte im VZÄ ermittelt und auf die nächste Zehnerstelle aufgerundet.

5.3 Trägerschaft

Merkmal	Ausprägung		
Trägerschaften	Privat	Freigemeinnützig	Öffentlich

Abbildung 18: Ausprägungen des Merkmals Trägerschaft

Quelle: Eigene Darstellung

Mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurde eine wirtschaftliche Pflegeinfrastruktur geschaffen, die den Markt für *private*, *freigemeinnützige* und *öffentliche* Träger gleichermaßen öffnete und seitdem auf das Prinzip des Wettbewerbs und der Wirtschaftlichkeit setzt. Damit wurde auch der Grundstein für den Ausbau von Pflegeeinrichtungen gesetzt und gefördert.

In Anlehnung an die im vorliegenden Beitrag herangezogenen Grunddaten der Krankenhäuser (Destatis, 2022d, 2022f) werden die drei im morphologischen Kasten unterschiedenen Trägerschaftstypen nach folgender Definition differenziert:

Für Einrichtungen in **privater Trägerschaft** können gewerbliche Unternehmen mit einer Konzession nach § 30 Gewerbeordnung als Träger fungieren.

Für Einrichtungen in **öffentlicher Trägerschaft** können Gebietskörperschaften, ein Zusammenschluss von Gebietskörperschaften oder ein Sozialversicherungsträger als Träger fungieren.

Für Einrichtungen in **freigemeinnütziger Trägerschaft** können die kirchliche oder freie Wohlfahrtspflege, eine Kirchengemeinde, eine Stiftung oder ein Verein als Träger fungieren.

Da die Trägerschaft in engem Zusammenhang mit der Einrichtung steht, werden die unterschiedlichen Ausprägungen der Trägerschaft im Folgenden erneut anhand der drei für Pflegekräfte relevantesten Einrichtungen dargestellt.

Trägerschaften von Krankenhäusern

Private Krankenhäuser machten im Jahr 2021 mit 38,8 % mehr als ein Drittel aller Krankenhäuser in Deutschland aus. Im Jahr 2001 bildeten die privaten Trägerschaften mit 22,9 % noch den geringsten Anteil. Gleichzeitig nahm der Anteil öffentlicher Krankenhäuser im gleichen Zeitraum von 36,8 % auf 29,0 % ab (Destatis, 2022f). Abbildung 19 zeigt die Entwicklung der Anteile der Trägerschaften an der Gesamtzahl der Krankenhäuser des jeweiligen Jahres.

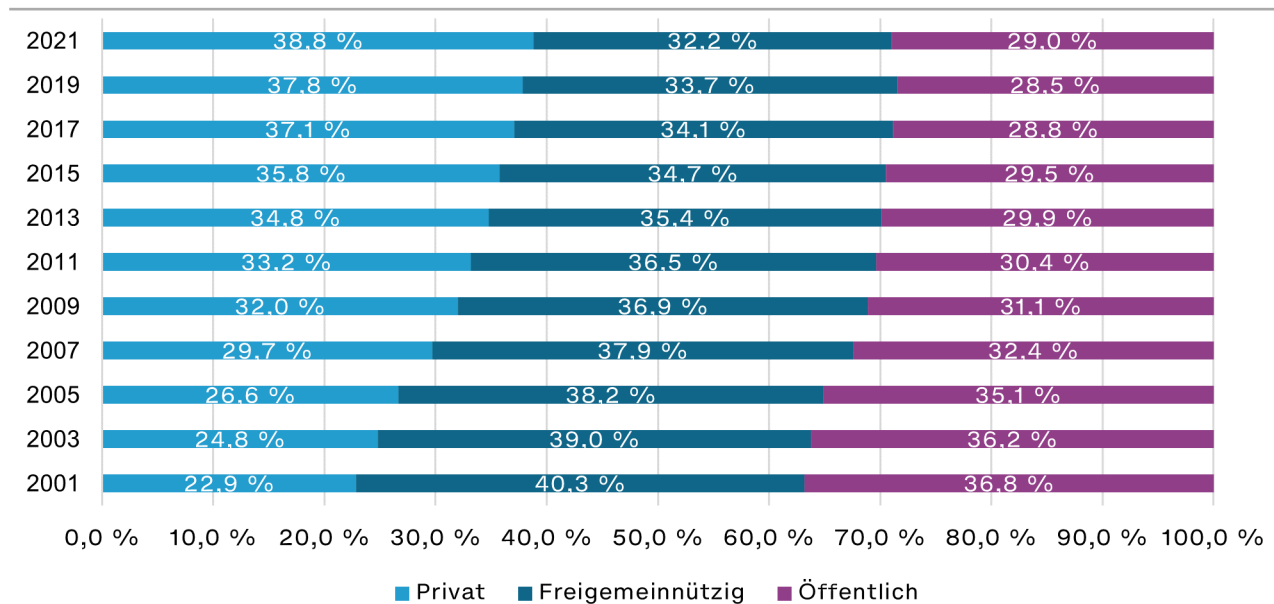


Abbildung 19: Anteil Trägerschaften an der Gesamtzahl der Krankenhäuser, 2001–2021

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten von Destatis (2022f)

Trägerschaften von Pflegeheimen

In Pflegeheimen haben die öffentlichen Träger mit einem Anteil von 4,5 % im Jahr 2021 den geringsten Anteil, die privaten Trägerschaften liegen mit 42,7 % hinter den freigemeinnützigen Trägern mit einem Anteil von 52,8 % (Destatis, 2023b). Diese Rangfolge hat sich seit 2001 nicht verändert. Die Anteile der gemeinnützigen und öffentlichen Träger sind in den letzten 20 Jahren jedoch stetig leicht zurückgegangen, während die privaten Träger leicht zugenommen haben. Abbildung 20 veranschaulicht diesen Trend.

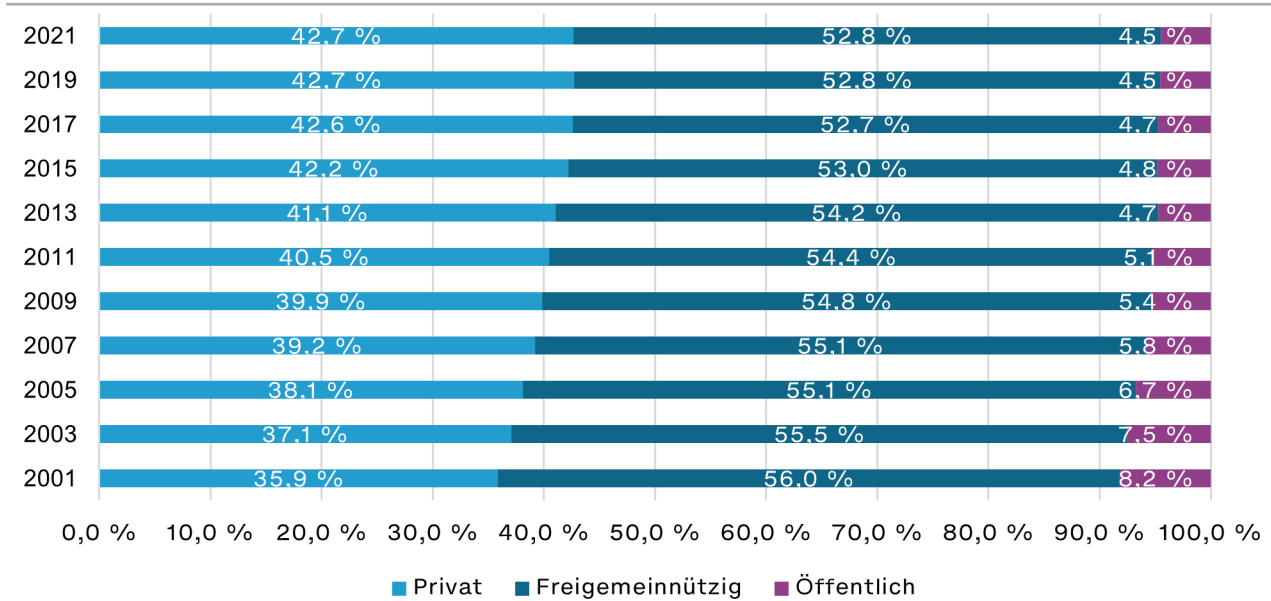


Abbildung 20: Anteil Trägerschaften an der Gesamtzahl der Pflegeheime, 2001–2021

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten von Destatis (2023b)

Trägerschaften von Pflegediensten

67,8 % der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste befanden sich im Jahr 2021 in privater Trägerschaft, 30,8 % gehörten zu den freigemeinnützigen Trägern und 1,3 % befanden sich in öffentlicher Trägerschaft. Wie die Abbildung 21 zeigt, verstärkt sich der Trend seit 2001 zunehmend hin zu einem wachsenden Anteil der privaten Trägerschaften, während der Anteil der Dienste in freigemeinnütziger Trägerschaft deutlich, der Anteil der Dienste in öffentlicher Trägerschaft nur leicht zurückgeht.

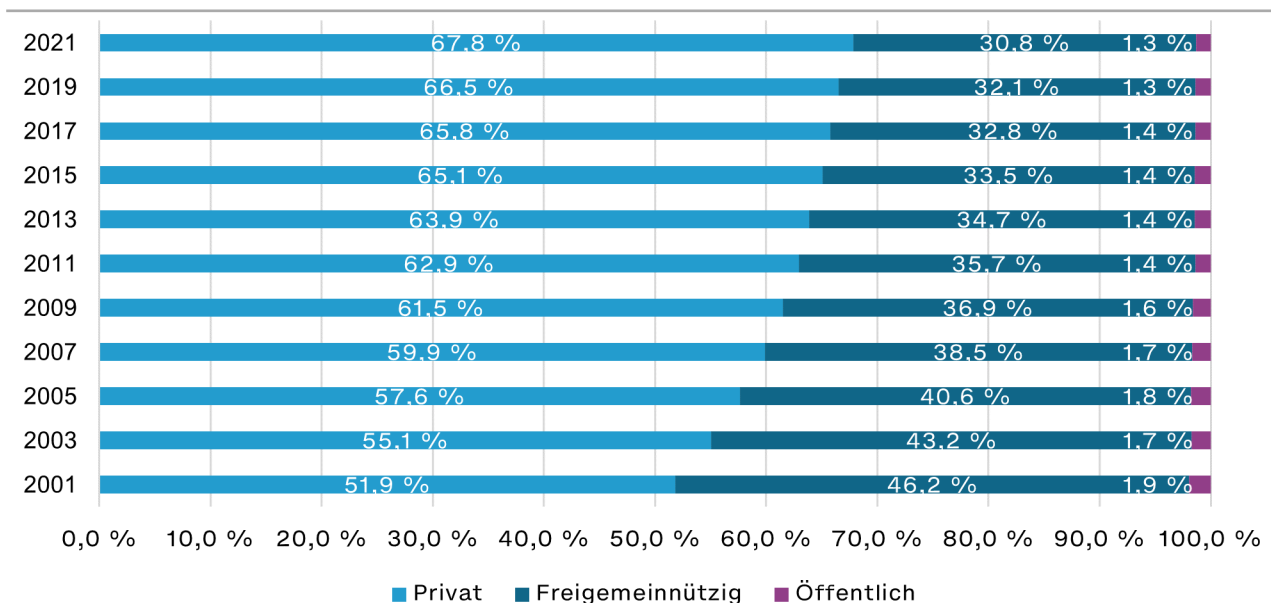


Abbildung 21: Anteil Trägerschaften an der Gesamtzahl ambulanter Pflegedienste, 2001–2021

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2022a)

5.4 Pflegebereich

Merkmal	Ausprägung	
Pflegebereiche	Sensitiver Bereich	Nicht-sensitiver Bereich

Abbildung 22: Ausprägungen des Merkmals Pflegebereich

Quelle: Eigene Darstellung

Der pflegerische Aufwand richtet sich nach den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen, welche u. a. durch das zugrundeliegende Krankheitsbild beeinflusst werden. Für bestimmte Bereiche (angelehnt an die Fachabteilungen von Krankenhäusern gemäß § 301 SGB V) sind seit 2018 Pflegepersonaluntergrenzen vorgeschrieben, um die intensive Pflege mit ausreichendem Pflegepersonal sicherzustellen (s. dazu auch Kapitel 6.2). Zu den sogenannten *sensitiven Bereichen* zählen Allgemeine Chirurgie sowie Herz- und Unfallchirurgie, Allgemeine sowie neonatologische und spezielle Pädiatrie, Geriatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Innere Medizin, (Pädiatrische) Intensivmedizin, Kardiologie, Neurologie sowie neurologische Frührehabilitation und Schlaganfallereinheit, Orthopädie, Rheumatologie und Urologie; alle weiteren Fachabteilungen sind *nicht-sensitive Bereiche* (§ 3 PpUGV – Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung). Im Jahr 2021 betrafen mehr als 80 % aller Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern die sensitiven Bereiche (Abbildung 23).

Seit 2018 gelten Pflegepersonaluntergrenzen in sensiblen Krankenhausbereichen, die eine große Anzahl an Patient:innenfällen betreffen.

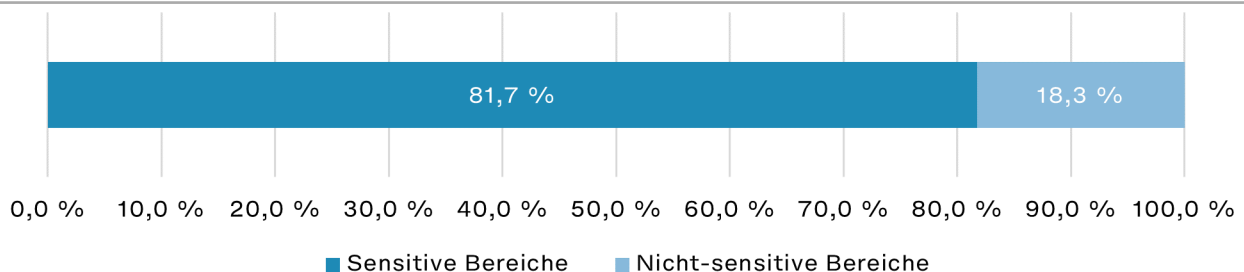


Abbildung 23: Fallzahlen in sensitiven und nicht-sensitiven Bereichen in Krankenhäusern, 2021

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2022f)

Diese Fachgebietsgliederung aus dem Krankenhausbereich wurde für den morphologischen Kasten übernommen und soll dort jedwedes Einsatzgebiet der professionellen Pflege beschreiben können.

Die PpUGV hat seit ihrem Inkrafttreten zu den häufigsten Veränderungen im Belegungsmanagement geführt; u. a. mussten 37 % der Krankenhäuser Betten auf Intensivstationen sperren, es kam bei 14 % zu Terminverschiebungen geplanter medizinischer Eingriffe und auf pflegesensitiven Allgemeinstationen mussten 23 % der Krankenhäuser Betten sperren, da die Personaluntergrenze für das Pflegefachpersonal anders nicht eingehalten werden konnte (Blum, Löffert, Ofermanns & Steffen, 2019, S. 16).

Exkurs alternative Wohnformen und Modellprogramme

Die Bundesregierung folgte in den jüngsten Gesetzesänderungen stets der Maßgabe, die pflegerische Versorgung in ambulanten Versorgungsart der stationären Versorgung vorzuziehen. Das bekannte Wohnumfeld, die soziale Teilhabe und die individuelle Lebensführung können hier gewährleistet werden, jedoch werden diese Faktoren durch die zunehmende Pflegebedürftigkeit mit Hinblick auf die Versorgungssicherheit und Bedürfniswahrung der pflegebedürftigen Personen erschwert. Um diese Herausforderungen zu bewältigen, entstand in den letzten 30 Jahren eine Vielfalt an neuen Wohnformen, die als Mischformen der ambulanten und stationären Versorgung oder auch als Zwischenstellung angesehen werden können, u. a. Betreutes Wohnen, Mehrgenerationenwohnen oder Quartierskonzepte (GKV-Spitzenverband, 2020, S. 7).

Um den Ausbau ambulanter Wohnalternativen für betreuungs- und pflegebedürftige Personen wissenschaftlich zu evaluieren, wurde durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (Art. 1 Nr. 20 PNG) von 2012 ein Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen initiiert und gefördert (§ 45f SGB XI). Insgesamt wurden 53 Projekte zur Förderung bzw. Evaluation vom GKV-Spitzenverband ausgewählt und von Januar 2015 bis März 2018 bezüglich ihrer Konzeption, Rahmenbedingungen und Angebotsstruktur sowie Umsetzung analysiert (GKV-Spitzenverband, 2020, S. 6). Trotz der hohen Konzeptionsvielfalt wurde versucht, die Projekte nach sechs Wohnformen zu typisieren in (1) Selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen, (2) Betreutes Wohnen/Wohnen mit Service, (3) Weiterentwicklung des privaten Wohnens in der angestammten Häuslichkeit, (4) Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit, (5) Integrierte Konzepte sowie (6) Vollstationäre Pflege (Hackmann, Kremer-Preiß, Bahr, Huschik, Maetzel & Mehnert, 2019, S. 90). Zielstellung für alle Projekte war die noch eingeschränkt vorhandene Selbstständigkeit bzw. Autonomie der pflegebedürftigen Personen durch die Versorgungssicherheit zu gewährleisten und die soziale Einbindung und resultierende Partizipation zu fördern (GKV-Spitzenverband, 2020, S. 7). Dazu braucht es mehrere Akteur:innen aus verschiedenen Dienstleistungsbereichen, ehrenamtliche Unterstützer:innen und Angehörige. Das Modellprogramm zeigt auf, dass sich eine neue Typisierung der Wohnform bildet, die entgegen des klassischen Modells nicht auf leistungs- und ordnungsorientierten Konzepten beruht, sondern sich nach den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Personen orientiert (Hackmann et al., 2019, S. 321).

Der steigende Pflegebedarf macht neue Wohnformen erforderlich, um den Bedürfnissen der Patient:innen ausreichend gerecht zu werden.

Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen

6 Pflegepersonal und Pflegebedürftige

6.1 Gesamtanzahl pflegebedürftiger Personen

Merkmal	Ausprägung												
	< 10	10–29	30–49	50–99	100–149	150–199	200–299	300–399	400–499	500–599	600–699	700–799	≥ 800
Gesamtzahl pflegebedürftiger Personen													

Abbildung 24: Ausprägungen des Merkmals Gesamtzahl pflegebedürftiger Personen

Quelle: Eigene Darstellung

Das Merkmal Gesamtanzahl pflegebedürftiger Personen wurde gewählt, um die verschiedenen Größen der Einrichtungen darstellen zu können. Die Größenklassen ab einschließlich der Ausprägung 50–99 sind an die Einordnung der Bettengrößenklassen der Krankenhäuser von Destatis (2022f) angelehnt. Mit den ersten drei Ausprägungen (< 10, 10–29, 30–49) können kleinere Einrichtungen bzw. Pflege- und Betreuungsdienste berücksichtigt werden, die eine geringere Kapazität an pflegebedürftigen Personen versorgen. So werden auch Bereichs- und Stationsgrößen innerhalb einer Einrichtung darstellbar.

Die Einrichtungs- bzw. Bereichsgröße richtet sich nach pflegebedürftigen Personen, nicht nach der Bettenkapazität.

Da die Kapazität von vorhandenen Betten mit der Personalsituation und teilweise vorgeschriebenen Personaluntergrenzen korreliert, kann es in Krankenhäusern zu einer reduzierten Bettenauslastung kommen (DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2019; Karagiannidis, Kluge, Janssens, Wachler & Marx, 2021, S. 1). Daher wird vorliegend die Einrichtungs- oder Bereichsgröße nicht anhand der Anzahl potenzieller Betten (bzw. Plätzen) ermittelt, sondern anhand der absoluten Zahl der pflegebedürftigen Personen. Je nach Anwendung des morphologischen Kastens kann für die Ermittlung der Gesamtanzahl pflegebedürftiger Personen ein Durchschnitts- oder Stichtagswert verwendet werden.

Regionale Unterschiede in der Versorgung von Pflegebedürftigen zwischen ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen

Die Pflegestatistik von Destatis weist für Pflegedienste sowie Pflegeheime die Gesamtzahl der gepflegten Personen aus: Im deutschlandweiten Durchschnitt wurden zum Erhebungsstichtag im Dezember 2021 je Pflegedienst 68,1 pflegebedürftige versorgt (Destatis, 2022h), in Pflegeheimen waren es 57,8 (Destatis, 2022j). Wie Abbildung 25 zeigt, bestehen dabei regional Unterschiede zwischen den Bundesländern. Während es in Bremen und dem Saarland größere Pflegedienste mit überdurchschnittlich vielen pro Dienst zu versorgenden pflegebedürftigen gibt, betreuen Pflegeheime in Berlin und Hamburg sowie auch in Hessen und Bayern durchschnittlich mehr pflegebedürftige als die ambulanten Einrichtungen dieser Länder.

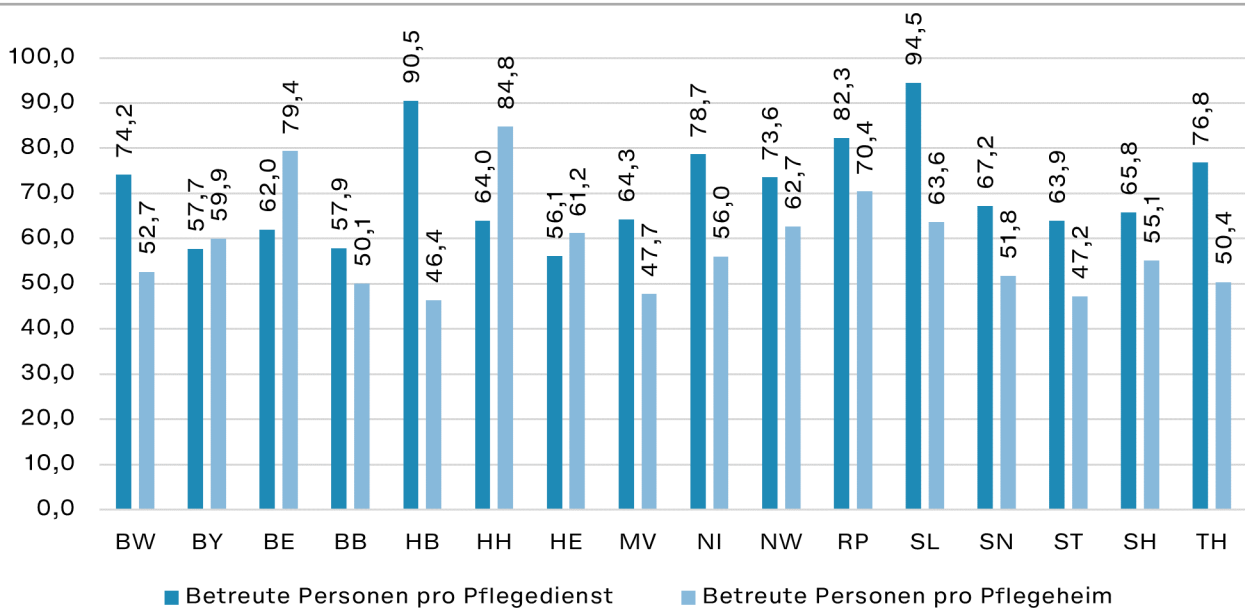


Abbildung 25: Anzahl betreuter Personen von Pflegediensten und -heimen je Bundesland, 2021

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2022h, 2022i, 2022j)

Neben den regionalen Unterschieden wirkt sich auch die Trägerschaft der Pflegeheime und Pflegedienste auf die Anzahl der Betreuten pro Einrichtung aus (Abbildung 26). So sind private Einrichtungen vergleichsweise klein, d. h. sie versorgen die geringste Anzahl pflegebedürftiger Personen. Freigemeinnützige Pflegedienste sind im deutschlandweiten Durchschnitt gemessen an der Anzahl pro Dienst versorgter Personen die größten Pflegeeinrichtungen.

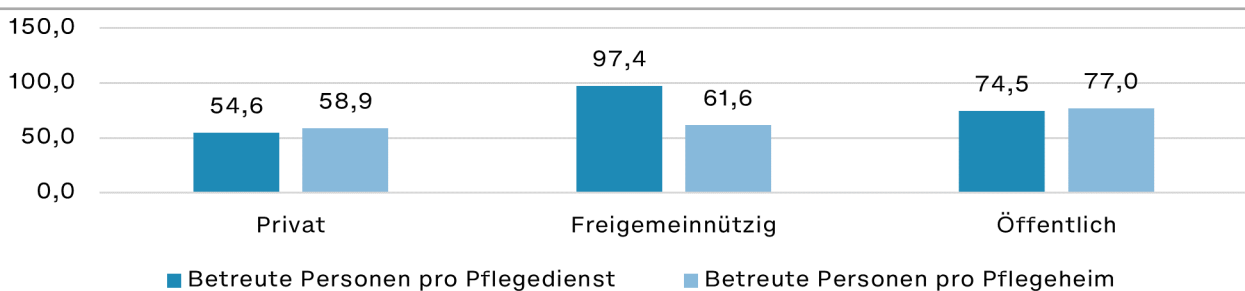


Abbildung 26: Anzahl betreuter Personen von Pflegediensten und -heimen je Trägerschaftstyp, 2021

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Basis von Destatis (2022h, 2022j)

6.2 Personalschlüssel

Merkmal	Ausprägung				
Personalschlüssel: Pflegekraft zu x Pflegebedürftigen	< 2	2-10	11-20	21-30	> 30

Abbildung 27: Ausprägungen des Merkmals Personalschlüssel: Pflegekraft zu x Pflegebedürftigen

Quelle: Eigene Darstellung

Das vorliegende Kapitel betrachtet die mit dem Merkmal Personalschlüssel verbundene Personalausstattung in der professionellen Pflege zunächst aus wissenschaftlicher und rechtlicher Perspektive. Anschließend werden diese Rahmenbedingungen dem praktischen Kontext am Beispiel der drei häufigsten Einsatzgebiete Krankenhaus, ambulante Pflege und (teil-)stationäre Pflege gegenübergestellt. Die Ausprägungen des Merkmals im Morphologischen Kasten basieren auf rechtlich definierten Personaluntergrenzen.

Pflegepersonalausstattung im wissenschaftlichen Kontext

Durch den neu eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 14 SGB XI im Jahr 2017 veränderte sich der Fokus der Pflegepraxis auf ressourcenerhaltende und präventive Pflege, um die Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person lange zu erhalten. Das PQsG brachte ab 2002 neben Regelungen der Personalausstattung und des Qualitätsmanagements auch eine verbesserte Informationsvermittlung und Beratung der pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen bzw. informell pflegenden Personen auf den Weg. Es wird angenommen, dass diese Erweiterung an Aufgaben zu einem erhöhten Arbeitsaufkommen geführt hat (Rothgang et al., 2020, S. 35).

Meyer (2016) vom Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg untersuchte, welche Auswirkungen die Pflegekapazität auf die Versorgungs- und Ergebnisqualität nehmen könnte. Dieser Fragestellung ist das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bereits 2006 nachgegangen. Beide Untersuchungen sehen einen erheblichen nationalen Forschungsbedarf, um einen Zusammenhang verschlechterter Ergebnisqualität der Behandlung aufgrund unzureichender Personaldeckung zu untersuchen. Daher können vorerst nur internationale Beobachtungsstudien, Übersichtsarbeiten und systematische Reviews herangezogen werden, da national noch keine Studien identifiziert werden können (IQWiG, 2006, S. 13; Meyer, 2016, S. 8). Mehrere Beobachtungsstudien weisen eine geringere Mortalität und weniger Komplikationsfälle mit Todesfolge bei Abteilungen oder gesamten Einrichtungen mit besserer Pflegepersonalausstattung aus (Blegen, Goode, Spetz, Vaughn & Park, 2011; Needleman, Buerhaus, Pankrat, Leibson, Stevens & Harris, 2011; Sales et al., 2008; Sochalski, Konetzka, Zhu & Volpp, 2008). Weitere Studien ergaben ebenfalls eine erhöhte Sterblichkeitsrate bei steigender Patient:innenanzahl pro Pflegefachkraft durch versäumte Pflegehandlungen (Griffiths, Ball, Murrells, Jones & Rafferty, 2016, S. 1; Kane, Shamliyan, Mueller, Duval & Wilt, 2007).

Für das Zeit- und Personalmanagement ist das Verhältnis, wie viele Patient:innen von einer Pflegekraft versorgt werden, ein wichtiger Ausgangspunkt. Beobachtet wurde in einer Ländervergleichsstudie aus dem Jahr 2012, die zwölf europäische Länder und die USA berücksichtigte, dass Deutschland im internationalen Vergleich im Pflegekraft-Patient:innen-Verhältnis mit einem arithmetischen Mittel (Summe der einzelnen Messwerte geteilt durch ihre Anzahl) von 13 Patient:innen pro Pflegekraft den letzten Platz belegt (Tabelle 1). Im Vergleich schneidet Norwegen mit dem geringsten arithmetischen Mittelwert von 5,4 Personen pro Pflegekraft am besten ab (Aiken et al., 2012, S. 9). Die Werte in Klammern bilden die Standardabweichungen ab.

Es besteht ein nationaler Forschungsbedarf zur Untersuchung der Beziehung zwischen unzureichender Personaldeckung und verschlechterter Ergebnisqualität.

In einer Ländervergleichsstudie wurde analysiert, wie viele Patient:innen in den betrachteten Ländern durchschnittlich von einer Pflegekraft versorgt werden.

Tabelle 1: Darstellung von Ergebnissen zum Pflegekraft-Patient:innen-Verhältnis im internationalen Vergleich
 Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Aiken et al. (2012, S. 9)

Land	Pflegepersonal im Verhältnis		Anzahl Krankenhäuser
	Patient:innen pro professioneller Pflegeperson	Patient:innen im Verhältnis zum gesamten Personal	
Belgien	10,7 (2,2)	7,9 (1,7)	67
England	8,6 (1,5)	4,8 (0,6)	46
Finnland	8,3 (2,2)	5,3 (0,8)	32
Deutschland	13,0 (2,3)	10,5 (1,6)	49
Griechenland	10,2 (2,8)	6,2 (2,1)	24
Irland	6,9 (1,0)	5,0 (0,8)	30
Niederlande	7,0 (0,8)	5,0 (0,7)	28
Norwegen	5,4 (1,0)	3,3 (0,5)	35
Polen	10,5 (1,9)	7,1 (1,4)	30
Spanien	12,6 (1,9)	6,8 (1,0)	33
Schweden	7,7 (1,1)	4,2 (0,6)	79
Schweiz	7,9 (1,5)	5,0 (1,0)	35
USA	5,3 (1,4)	3,6 (2,0)	617

Eine weitere repräsentative Befragung in Akutkrankenhäusern mit 1.511 teilnehmenden Pflegefachkräften im Rahmen der internationalen Pflegestudie RN4Cast untersuchte den Zusammenhang von rationalisierten Pflegeaktivitäten und der Personalbesetzungssituation mit weiteren Aspekten. Ein signifikanter Zusammenhang wurde zwischen der Personalbesetzung und der Nicht-Durchführung von Pflegeaktivitäten festgestellt, ebenso zwischen schlechter Führungsqualität und Erschöpfungerscheinungen (Zander, Dobler, Bäumler & Busse, 2014, S. 727).

Pflegepersonalausstattung im rechtlichen Kontext

Die Bundesregierung strebt in Reaktion auf die Kluft zwischen benötigten Pflegefachkräften und Pflegebedürftigen eine ausreichende Personalausstattung für eine gesicherte pflegerische Versorgungsqualität an. Zum ersten Mal wurde bundesweit für jedes nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus ein Pflegepersonalquotient bis Ende Mai 2020 erhoben, der die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten in der Patient:innenversorgung mit dem Pflegeaufwand des Krankenhauses für jede Einrichtung individuell ins Verhältnis setzt (§ 137j Abs. 1 SGB V). Der Pflegeaufwand wird nach einem einheitlichen Pflegeaufwandkatalog durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) festgelegt. Bei Unterschreitung der festgelegten Personalgrenze können Sanktionen als Strafe erfolgen und ggf. Verbesserungsmaßnahmen auferlegt werden, die gesetzlich nicht weiter beschrieben werden (§ 137j Abs. 1 SGB V). Allerdings könnten die Strafzahlungen die Krankenhäuser belasten, deren Pflegebudget zur Finanzierung von neuen Beschäftigten nicht ausreicht (DKG, 2021). Die DKG stuft das Instrument daher als intransparent und ungeeignet zur Erhebung des Versorgungsbedarfs der Patient:innen ein. Insbesondere für den Zeitraum der Pandemie, in dem die Fallzahlreduzierungen und die Behandlung von Coronabetroffenen zu Verzerrungen führen.

Einführung eines Pflegepersonalquotienten

Darauffolgend wurde im Jahr 2020 für sogenannte sensitive Pflegebereiche zusätzlich eine Verordnung für eine Pflegepersonaluntergrenze auf den Weg gebracht und damit die seit dem Jahr 2019 geltende PpUGV erweitert (Erste Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung). So wird für pflegesensitive Stationen in Krankenhäusern (s. dazu Abschnitt 5.4) monatlich eine maximale Anzahl an pflegebedürftigen Personen pro Pflegekraft festgelegt und von einer unabhängigen Stelle geprüft (BMG, 2021c).

Entwicklung eines Verfahrens zur Festlegung einer angemessenen Personalausstattung

Die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Messverfahrens zur Erhebung des Personalbedarfs in der stationären und ambulanten Langzeitpflege (PeBeM Projekt) wurden mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) auf den Weg gebracht (Art. 1 Nr. 35 PSG II). In der Konzeptionsphase der Projektumsetzung zeigte sich bereits, dass das Personalbemessungsverfahren für die stationäre Langzeitpflege nicht analog für die ambulante Pflege umgesetzt werden kann (Rothgang et al., 2020, S. 325). Die Handlungsempfehlungen des PeBeM Projektes fokussieren sich auf eine Anhebung des Personalschlüssels und die Rekrutierung neuer Assistenzkräfte. Die erste Maßnahme erfolgte mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG), wodurch 20.000 zusätzliche Stellen für Assistenzkräfte geschaffen wurden (Rothgang, Müller & Preuß, 2020, S. 11).

Ausprägungen des Personalschlüssels und deren Anwendung in verschiedenen Pflegebereichen

Für das Merkmal Personalschlüssel sind die Ausprägungen < 2 , $2-10$, $11-20$, $21-30$ und > 30 anhand den gesetzlichen Pflegepersonaluntergrenzen der pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern nachempfunden (BMG, 2021c). Hierbei bildet der Wert 2 (Patient:innen pro Pflegekraft) in der Tagschicht der (pädiatrischen) Intensivmedizin die niedrigste Untergrenze, der Wert 30 in der Nachschicht auf rheumatologischen Stationen die höchste. Für einen Großteil der Fachbereiche sind Personaluntergrenzen bei 10 bzw. 20 Patient:innen pro Pflegekraft vorgesehen, weshalb diese Werte für die Ausprägungen des morphologischen Kastens als Zwischenschwellen genutzt werden. In Abhängigkeit des Kontextes, in dem der vorgeschlagene morphologische Kasten angewendet wird, können sowohl tagesaktuelle Werte als auch Durchschnittswerte von längeren Zeiträumen für die Angabe des Personalschlüssels verwendet werden. So sollen laut § 6 Abs. 5 PpUGV für die Ermittlung der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern monatliche Durchschnittswerte gebildet werden.

Obwohl diese für Stationen in Krankenhäusern geschaffen wurden, sollen sie vorliegend der Beschreibung der professionellen Pflege in allen Einsatzgebieten dienen. Ferner ist angedacht, mit der gewählten Ausprägung im morphologischen Kasten das reale Verhältnis von Pflegekraft zu Patient:innen darzustellen, losgelöst von (medizinischen) Fachbereichen. Gesetzlich gelten für die einzelnen Fachbereiche (ausgedrückt als Fachstationen in Krankenhäusern) unterschiedliche Pflegepersonaluntergrenzen.

Anhand verschiedener Studienergebnisse lässt sich die Eignung der Ausprägungen des Merkmals Personalschlüssel für die Darstellung verschiedenster Einsatzgebiete belegen. So berechneten Schwinger, Klauber und Tsiasioti (2020, S. 12) auf Basis der Pflegestatistik, dass eine professionelle Pflegefachkraft in Vollzeit im ambulanten Pflege- und Betreuungsdienst im Durchschnitt 7,3 pflegebedürftige Personen versorgt. In der stationären Pflege liegt das Verhältnis bei 1:4,3 (Pflegefachkraft zu Pflegebedürftige). Da es sich hierbei um Durchschnittswerte handelt,

sind in der Realität von Abweichungen in beide Richtungen auszugehen und die Werte nur als Richtwerte zu interpretieren. Rothgang und Müller (2022, S. 84, 93) ermittelten für das Jahr 2019, dass im deutschlandweiten Durchschnitt für 100 Pflegebedürftige 20 Pflegefachkräfte bei ambulanten Diensten und 33 Pflegefachkräfte bei stationären Einrichtungen beschäftigt sind. Auch hierbei handelt es sich nicht um empirische Erhebungen, sondern um Berechnungen auf Basis der offiziellen Pflegestatistik.

Pflegepersonalausstattung in der Praxis

Tabelle 2 gibt eine kurze Übersicht über das Pflegepersonal in den drei häufigsten Einsatzgebieten – im Verhältnis zur jeweiligen Anzahl der Häuser bzw. Dienste und der Zahl der in dieser Einrichtungsform betreuten Pflegebedürftigen. Bei Pflegediensten und in Pflegeheimen ist der hohe Anteil von Teilzeitbeschäftigten auffällig, der bei der Personalplanung in der jeweiligen Einrichtung berücksichtigt werden muss.

Tabelle 2: Übersicht zum Pflegepersonal in Pflegediensten, Pflegeheimen und Krankenhäusern, 2021

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2022f, 2022g)

*Nichtärztliches Personal

Anmerkung: Für die Ermittlung der Anzahl der Pflegekräfte wurde für Pflegedienste das Personal der Tätigkeitsbereiche Pflegedienstleitung, körperbezogene Pflege und Betreuung, für Pflegeheime die körperbezogene Pflege, zusätzliches Pflegefach- und -hilfskraftpersonal sowie zusätzliches Betreuungspersonal herangezogen. Bei Krankenhäusern wurde die Angabe zum Bereich „Pflegedienst“ genutzt.

	Pflegedienste	Pflegeheime	Krankenhäuser
Anzahl insgesamt	15.376	16.115	1.887
Betten/Plätze insgesamt	/	984.688	483.606
Personal insgesamt	442.860	814.042	1.041.806*
Davon vollzeitbeschäftigt	28,2 %	29,1 %	52,1 %
Davon in der Pflege tätig	76,9 %	73,8 %	47,8 %
Auszubildende insgesamt	15.538	56.242	80.978
Pflegebedürftige/Fallzahl insgesamt	1.046.798	793.461	16.742.344

Es zeichnen sich zudem regionale Unterschiede beim Verhältnis Pflegekraft zu pflegebedürftigen Personen ab. Pro 100.000 pflegebedürftigen Personen sind in Pflegediensten in Baden-Württemberg, Bayern und Schleswig-Holstein die meisten Personen im Pflegebereich angestellt. Bei Pflegeheimen besteht in Berlin, Hamburg und Brandenburg die höchste Anzahl an Pflegekräften pro 100.000 pflegebedürftige Personen. Nicht berücksichtigt werden kann in Abbildung 28, welche Einrichtungsformen die Pflegebedürftigen der jeweiligen Bundesländer bevorzugen.

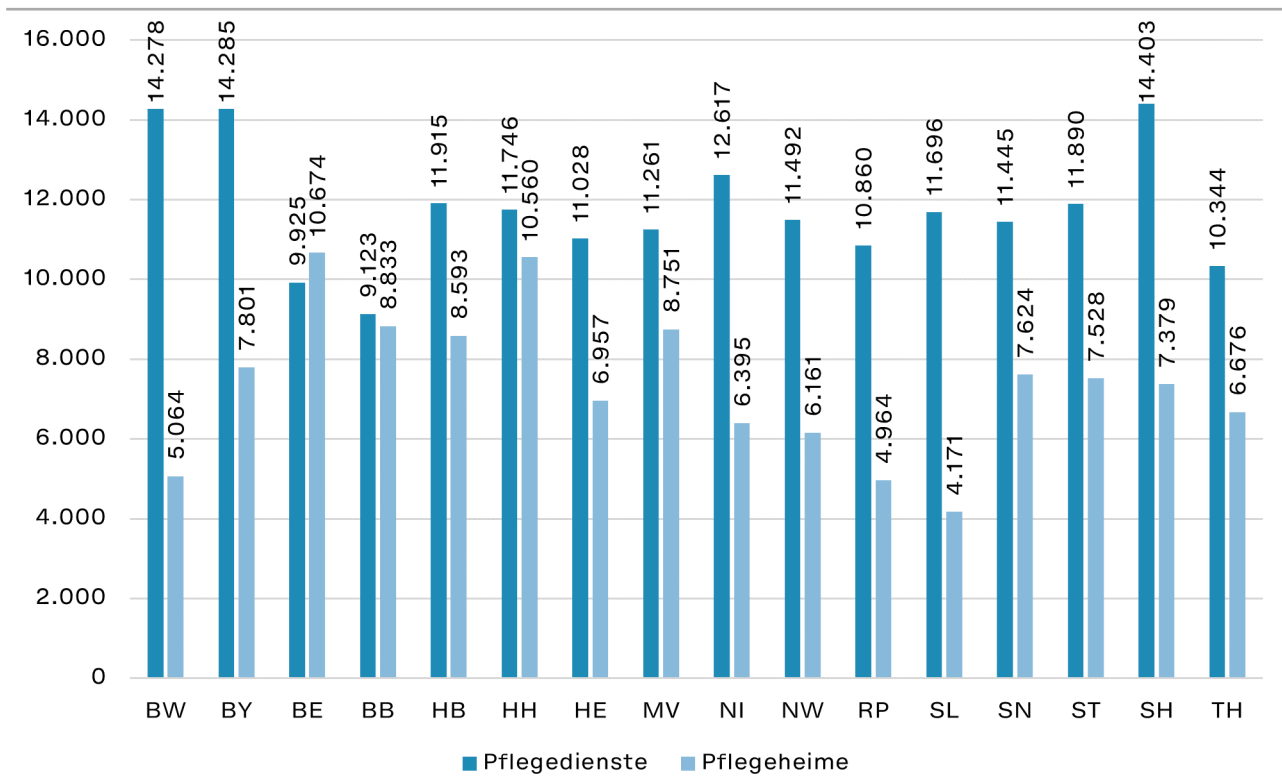


Abbildung 28: Pflegekräfte in Pflegediensten und -heimen je 100.000 Pflegebedürftigen je Bundesland, 2021

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2022h, 2022i, 2022j)

Anmerkung: Für die Ermittlung der Pflegekräfte wurde für Pflegedienste das Personal der Tätigkeitsbereiche Pflegedienstleistung, körperbezogene Pflege und Betreuung, für Pflegeheime die körperbezogene Pflege, zusätzliches Pflegefach- und -hilfskraftpersonal sowie zusätzliches Betreuungspersonal herangezogen.

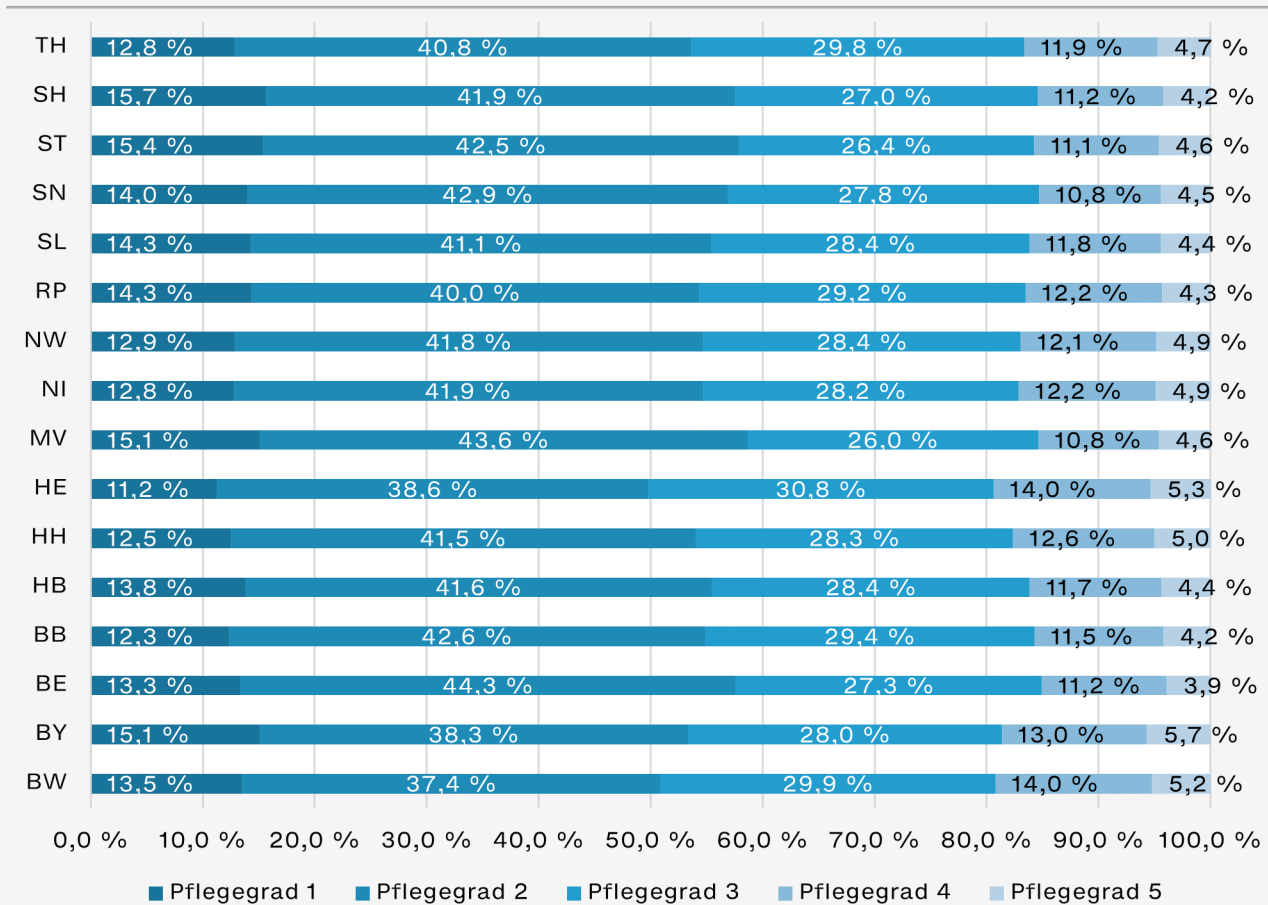


Abbildung 30: Anzahl Pflegebedürftige nach Pflegegrad und Bundesländern 2021

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2022i)

Der Pflegegrad 2 ist in allen Bundesländern mit über 35 % am häufigsten vertreten. Nicht mit berücksichtigt sind die deutschlandweit insgesamt rund 2.800 Pflegebedürftigen, die zum Erhebungszeitpunkt noch keinem Pflegegrad zugeordnet worden waren (Destatis, 2022i). Ferner kann die Erhebung von Destatis nur Pflegebedürftige im Sinne des § 14 SGB XI erfassen, weshalb alle nur kurzfristig pflegebedürftigen Personen sowie Pflegebedürftige, welche die Zuordnung in einen Pflegegrad noch nicht beantragt haben, statistisch nicht abgebildet werden können. Die Statistik unterschätzt somit die tatsächliche Zahl der Personen, die professionelle Pflegeleistungen benötigen und erhalten.

Mögliche „blinde Flecken“ der Statistik

Andere Einflussfaktoren für die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind ebenfalls in Betracht zu ziehen. Die Fallzahl der pflegebedürftigen Personen im Verhältnis zur Anzahl der Personen einer bestimmten Altersgruppe, die sich je Bundesland unterschiedlich verteilt, und auch die Geschlechtsstruktur innerhalb der Bundesländer können zu einem umfassenderen Bild beitragen. Frauen weisen eine höhere Pflegeprävalenz auf, die sich mit einer höheren Alterserwartung begründen lässt und eine Pflegebedürftigkeit ist am häufigsten in den höheren Altersgruppen vertreten (Destatis, 2022i). Ebenso hat der sozioökonomische Status Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und Auswirkung auf den Gesundheitszustand im hohen Alter (Kroll, Schumann, Hoebel & Lampert, 2017, S. 103).

Andere potenzielle Einflussfaktoren

7 Herausforderung: Fachkräftemangel in der Pflege

Anfang der 2000er Jahre untersuchte die Längsschnittstudie NEXT (Nurses Early Exit) in zehn europäischen Ländern die Ursachen für den vorzeitigen Berufsausstieg aus der Pflege mithilfe standardisierter Fragebögen. Zwei Berichte zur NEXT-Studie (Hasselhorn, Müller, Tackenberg, Kümmerling & Simon, 2005; Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher & Müller, 2005) beziehen sich auf die Ergebnisse aus Deutschland und beinhalten Auswertungen der ersten Befragungen.

NEXT-Studie zum vorzeitigen Berufsausstieg von Pflegekräften

Der Bericht von Simon et al. (2005) wurde von der Universität Wuppertal veröffentlicht, die auch für die Koordination und Durchführung der deutschlandweiten Befragung verantwortlich war. Die untersuchten Bereiche bilden die Arbeitsanforderungen und Umgebungsbedingungen des Pflegepersonals ab, indem die Themen der körperlichen und psychischen Anforderungen, der Möglichkeit zur Entwicklung, des Einflusses der Arbeit und der physikalischen Umgebungsbedingungen berücksichtigt werden (Simon et al., 2005, S. 14). Laut den Ergebnissen sind die quantitativen Anforderungen (anfallende Arbeitsmenge innerhalb der Arbeitszeit) an Pflegekräfte in Deutschland im europaweiten Vergleich am höchsten; insbesondere im Bereich der stationären Altenpflege stellen sie ein Problem dar (Simon et al., 2005, S. 15). Bei jeder betroffenen Person des Pflegepersonals zeigen sich dieselben Auswirkungen durch ansteigende Fehlzahlen, Burnout und dem zunehmenden Wunsch nach einem Berufsausstieg (Simon et al., 2005, S. 53). Der hohe Frauenanteil von 85 % in der professionellen Pflege und ihre häufigere biografisch bedingte Erwerbsunterbrechung sollten in der Bewertung des hohen Fluktuationsaufkommens Berücksichtigung finden (Pick et al., 2004, S. 41).

**Bericht 1:
Simon et al. (2005)**

Der zweite Bericht (Hasselhorn et al., 2005) wurde von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) veröffentlicht und greift die Zwischenergebnisse der NEXT-Studie auf. Die Ergebnisse zeigen, dass seit 1995 die Arbeitsdichte zugenommen und das Interesse an der Ergreifung des Pflegeberufs sowie das Qualifikationsniveau der Bewerber:innen abgenommen hat (Hasselhorn et al., 2005, S. 135). Eine Erwerbstätigenumfrage aus dem Jahr 2018, durchgeführt von der BAuA und dem Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), skizzierte die Arbeitsanforderungen und Gesundheitsbeschwerden von Pflegekräften und bestätigt einen zunehmenden Trend der körperlichen und psychischen Arbeitsbelastung (BAuA, 2018, S. 1). Eine repräsentative Umfrage der Krankenhäuser aus dem Bericht des Krankenhaus Barometers 2021 verdeutlicht die zunehmenden Fluktuationsquoten des Pflegepersonals (DKI – Deutsches Krankenhausinstitut, 2021, S. 34).

**Bericht 2:
Hasselhorn et al.
(2005)**

Gerade während der Coronapandemie häufte sich die öffentliche Berichterstattung zur Arbeitssituation der Pflegekräfte und dem Fachkräftemangel in dieser beruflichen Disziplin. Die Protestbewegungen der Pflegefachkräfte aus dem Klinikbereich unterstreichen den akuten Handlungsbedarf, der darüber hinaus auch in anderen Einrichtungsformen gegeben ist. Das Pflegefachpersonal an sechs Unikliniken in Nordrhein-Westfalen reagierte im Mai 2022 mit Protestaktionen, die 77 Tage andauerten. Gefordert wurde ein Entlastungstarifvertrag, verbindliche Personalbemessungen und ein Entlastungsausgleich für unterbesetzte Schichten

Während der Coronapandemie kam es zu diversen Protestaktionen der Pflegekräfte.

für alle Bereiche und Stationen in den Krankenhäusern (Haarhoff, 2022). Im Juli desselben Jahres erreichten die Parteien schließlich Einigung in einem ab 2023 geltenden Tarifvertrag, durch den eine Entlastung aller Beschäftigten erreicht werden soll (ver.di, 2022).

Entgegen den erwähnten Studienergebnissen zum vermehrten Ausstieg aus dem Pflegeberuf berichtete die Bundesregierung in ihrem zweiten Bericht zum Stand der Umsetzung der KAP von einer angestiegenen Beschäftigungszahl in der Alten- und Gesundheitspflege im Jahr 2020 um 43.300 Berufstätige, mehr als noch im Vorjahr 2019. Eine im Mai des Jahres 2022 veröffentlichte Pressemitteilung von Destatis (2022k) zeigt ebenfalls einen Anstieg der Beschäftigtenzahlen bei klinischem Pflegepersonal in den letzten zehn Jahren um 18 %. Insgesamt sind 486.100 Voll- sowie Teilzeitkräfte in der Pflege zum Ende des Jahres 2020 in Krankenhäusern beschäftigt. Mit 954.000 Beschäftigten sind im ambulanten Bereich und in den Heimen fast doppelt so viele Pflegekräfte vertreten, wobei die Erhebung hier zeigt, dass zwei Drittel im Teilzeitmodell beschäftigt sind.

Demgegenüber steht ein starker Zuwachs von 76 % an Pflegebedürftigen und ein daraus resultierender Mehrbedarf für Pflegepersonal, wie die Ergebnisse einer Engpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit aus ihrem aktuellen Bericht zur Arbeitssituation im Pflegebereich zeigen (Bundesagentur für Arbeit, 2022, S. 19). Weiterhin stellt die Bundesagentur für Arbeit eine um 68 % höhere Nachfrage in den Stellenangeboten an examinierten Pflegefachkräften fest, wobei zeitgleich nur 16 % der Arbeitssuchenden über diese Qualifikation verfügen. Ein umgekehrtes Bild stellt die Arbeitsmarktsituation der Arbeitssuchenden mit Hilfsqualifikation dar, die mit 81 % vertreten sind und an die sich ein Viertel der Stellengesuche richtet (Bundesagentur für Arbeit, 2022, S. 16). Insgesamt sind bundesweit 35.000 offene Stellen registriert. Zu diesem Ergebnis kommt ein Beitrag des Kompetenzzentrums Fachkräftesicherung (KOFA) im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi), der im Oktober 2021 erschien (Seyda, Köppen & Hickmann, 2021, S. 3). Zudem weist der Beitrag darauf hin, dass die Berufsgruppe der Pflegekräfte, im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen, am meisten vom Fachkräftemangel betroffen ist (Seyda et al., 2021, S. 4). Bereits seit einem Jahrzehnt ist die Stellenüberhangsquote, also anteilig die nicht zu besetzenden offenen Stellen, gleichbleibend hoch. Der Jahresdurchschnitt für 2020 und 2021 belief sich auf 80,1 %. Wären rein hypothetisch alle arbeitssuchenden Pflegefachkräfte vermittelt, wären weiterhin acht von zehn Stellen nicht besetzt (Seyda et al., 2021, S. 4).

Ein weiterer Effekt auf den Fachkräftemangel in der Pflege ist auch durch den demografischen Wandel bedingt: Laut der aktuellen Pflegestatistik (Destatis, 2022g) sind die meisten Beschäftigten in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten zwischen 50 und 60 Jahren alt (wobei hierbei keine Unterscheidungen zwischen Pflegekräften und Beschäftigten in anderen Bereichen getroffen wurde). Nur rund 16 % sind jünger als 30 Jahre alt, rund 14 % sind 60 Jahre oder älter (vgl. Abbildung 31).

Es gibt auch Hinweise darauf, dass die Beschäftigtenzahl in der Pflege seit Ausbruch der Coronapandemie gestiegen ist.

**Studienergebnisse
zum Fachkräftemangel in der
Pflege**

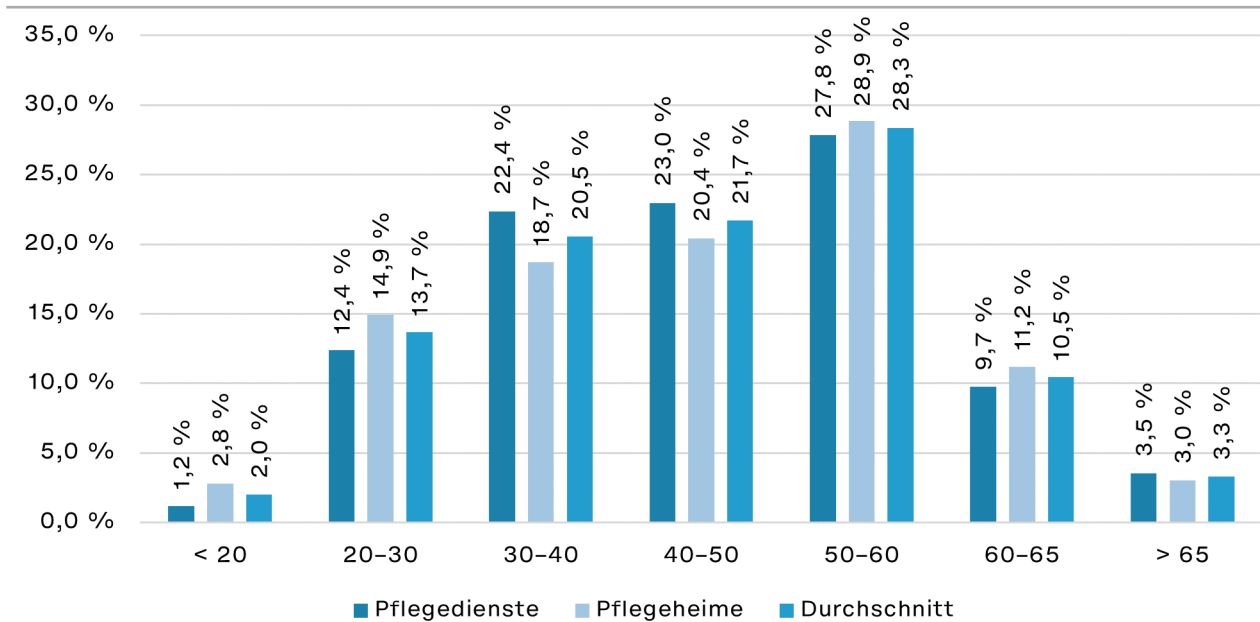


Abbildung 31: Altersstruktur der Pflegekräfte in Pflegediensten und Pflegeheimen, 2021
 Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2022g)

Die Altersstruktur der professionell Pflegenden steht im Zusammenhang mit der Prognose des steigenden Pflegebedarfs und des wachsenden Fachkräftemangels. Als körperlich anspruchsvolle Tätigkeit ist auch der Gesundheitszustand der Pflegekräfte bei steigendem Alter ein Faktor, der bei der Personalplanung zu berücksichtigen ist. Der BARMER Pflegereport prognostiziert einrichtungübergreifend mittels eigener Hochrechnungen bis zum Jahr 2030 über 180.000 nicht besetzte Arbeitsstellen in der Pflege bei einem Zuwachs der Pflegebedürftigen auf sechs Millionen Betroffene (Rothgang & Müller, 2021, S. 6). Dem Mangel an Arbeitskräften durch politische Maßnahmen zu begegnen, wird nach den Ergebnissen des BARMER Pflegereportes eine zentrale Aufgabe der Bundesregierung in den nächsten Jahren sein (BARMER GEK, 2021).

Aktuelle, durch die Bundesregierung angestrebte, Verbesserungen sollen diesen Entwicklungen entgegenwirken. Verschiedene Neuerungen werden in einem Zeitplan umgesetzt, der sich bis 2025 erstreckt. Die erste Stufe, Stellen für Hilfskräfte zu schaffen, wird seit Januar 2021 umgesetzt. Der Bundestagsbeschluss vom Juli 2022 (BMG, 2022a) sieht einen verbindlichen bundeseinheitlichen Personalschlüssel durch Personalbemessungsverfahren in Pflegeheimen und Krankenhäusern vor, reguliert die Entlohnung von Pflegekräften konkreter und möchte die Entscheidungsgewalt des Pflegefachpersonals stärken (z. B. bei der Verordnung von Pflegehilfsmitteln; Art. 1 Abs. 49a, Art. 2 Abs. 6b, 25, 36 GVWG). Seit September 2022 ist eine Versorgungszulassung nur den Pflegeeinrichtungen erlaubt, die ihr Pflege- und Betreuungspersonal nach Tarif abrechnen (Art. 2 Nr. 21c GVWG; § 72 Abs. 3c SGB XI). Ab Mitte 2023 werden die Verhandlungen der Pflegesätze (§ 84 SGB XI) nach neuen Personalanhaltswerten (Art. 1 Nr. 36 GVWG; § 113c SGB XI) ausgerichtet, die 2025 überprüft und ggf. angepasst werden sollen.

Politische Bestrebungen zur Eindämmung des Fachkräftemangels

Für nachhaltige Verbesserungen ist ein zeitgleiches Zusammenwirken von politischen Maßnahmen für mehrere Problemfelder in der Pflege entscheidend. Gute Arbeitsbedingungen können entscheidend die Attraktivität einer beruflichen Disziplin steigern; als Maßnahmen sind hierfür die reformierte Ausbildung und die voranschreitende Akademisierung der Pflege positiv hervorzuheben, die mehr Einsatz- und Aufstiegsmöglichkeiten bieten obwohl es diesbezüglich auch negative Stimmen gibt (s. Kapitel 4.1). Aus dem Arbeitsreport Krankenhaus der Heinrich-Böll-Stiftung geht jedoch hervor, dass die Arbeitsbedingungen, die geringe Wertschätzung, die Arbeitsqualität, die eigene gestalterische Autonomie des Arbeitsalltages und die Vergütung von Beschäftigten in Krankenhäusern als besonders unausgeglichen empfunden werden (Bräutigam, Evans, Hilbert & Öz, 2014). Der fachliche Diskurs fordere bereits länger eine Reorganisation der Arbeitsaufteilungen zwischen den Disziplinen der Medizin und Pflege (inkl. der Assistenzberufe) (Bräutigam et al., 2014).

Der Fachkräftemangel in der Pflege steht in engem Zusammenhang mit der Anzahl der Pflegebedürftigen und dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit. In Reaktion darauf stieg in den vergangenen zehn Jahren die Anzahl der Pflegedienste und Pflegeheime. Deren Kapazität, d. h. deren Fähigkeit, den Bedarf nach professionellen Pflegeleistungen zu decken, kann jedoch nur im Kontext der Personalverfügbarkeit bewertet werden. Für diesen Zusammenhang kann der im folgenden Kapitel anhand eines Beispiels vorgestellte morphologische Kasten als Beobachtungsinstrument dienen.

8 Beispielhafte Anwendung des morphologischen Kastens für die professionelle Pflege

In den vorherigen Abschnitten wurden die Merkmale der professionellen Pflege in Deutschland und ihre Ausprägungen erläutert. Wie bereits beschrieben, haben die vertikal übereinander angeordneten Ausprägungen keinen inhaltlichen Zusammenhang, jedoch kann eine Merkmalsausprägung die Wahl anderer Ausprägungen bedingen. Mit der Qualifikation Pflegeassistentenberuf kann zum Beispiel keine patient:innenorientierte Bezugspflege durchgeführt werden. Die vorherigen Erläuterungen sind dabei zu berücksichtigen. Für eine individuelle Anwendung wird folgend in zwei Beispielen eine Ausprägung zu jedem Merkmal ausgewählt.

Beispiel 1 (Abbildung 32) beschreibt eine in einem Pflegedienst tätige Pflegekraft der Gesundheits- und Krankenpflege, die bereits durch ihre Berufserfahrung die Kompetenzstufe Pflegeexpert:in erreicht hat. Die Pflegefachkraft ist in der palliativen Pflege tätig und versorgt die pflegebedürftige Person in ihrer (Prä-)Finalphase im häuslichen Umfeld, wo sie auch die Angehörigen unterstützt und begleitet. Diese haben einen palliativen Pflegedienst in privater Trägerschaft hinzugezogen, bei dem die Pflegefachfrau beschäftigt ist. In ihrer Tagschicht ist sie für drei Patient:innen im Einsatz. Zum Beobachtungszeitpunkt betreut der palliative Pflegedienst täglich insgesamt 26 pflegebedürftige Personen und beschäftigt 12 Pflegekräfte (VZÄ). Die Palliativmedizin gehört zu den nicht-sensitiven Bereichen.

Anwendungsbeispiel 1

Merkmal	Ausprägung												
Qualifikationen professioneller Pflege	Pflegefachfrau/-mann (Ausbildung)		Gesundheits- und Krankenpflege (Ausbildung)		Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (Ausbildung)		Altenpflege (Ausbildung)		Pflegeassistent:in (Ausbildung)		Hochschulbildung Vollzeit/ Dual		Mischform
Pflegekompetenzen nach Benner	Neuling		Fortgeschrittene:r Anfänger:in		Kompetent Pflegende:r		Erfahrene:r Pflegende:r		Pflegeexpert:in		Mischform		
Handlungsfelder der Pflege	Präventive Pflege			Kurative Pflege			Rehabilitative Pflege			Palliative Pflege			Mischform
Pflegesysteme	Tätigkeitsbezogen: Funktionspflege			Patient:innenorientiert: Bereichspflege			Patient:innenorientiert: Bezugspflege			Patient:innenorientiert: Primary Nursing			Mischform
Einsatzgebiete	Krankenhaus		Stationäre/teilstationäre Pflege		Ambulante Pflege		Ärztliche/zahnärztliche/sonstige medizinische Praxis		Vorsorge-/Rehabilitations-einrichtung		Sonstiges		
Gesamtzahl pflegerischer Arbeitskraft (VZÄ)	≤ 1	2–10	11–20	21–50	51–90	91–120	121–180	181–250	251–330	331–420	421–540	541–1.000	≥ 1.001
Trägerschaften	Privat					Freigemeinnützig					Öffentlich		
Pflegebereiche	Sensitiver Bereich							Nicht-sensitiver Bereich					
Gesamtzahl pflegebedürftiger Personen	< 10	10–29	30–49	50–99	100–149	150–199	200–299	300–399	400–499	500–599	600–699	700–799	≥ 800
Personalschlüssel: Pflegekraft zu x Pflegebedürftigen	< 2		2–10			11–20			21–30			> 30	

Abbildung 32: Morphologischer Kasten der professionellen Pflege in Deutschland, Beispiel 1

Quelle: Eigene Darstellung

Beispiel 2 (Abbildung 33) beschreibt eine gesamte Pflegeeinrichtung der stationären Langzeitpflege (Pflegeheim), spezialisiert auf ältere Personen, deren Personalstruktur mit einem Qualifikationsmix beschrieben wird, d. h. Pflegefachkräfte der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegeassistent:innen und Hochschulabsolvent:innen mit dem Schwerpunkt Pflegemanagement sind im Unternehmen beschäftigt (Mischform). Die Pflegekompetenzen sind je nach Mitarbeiter:in unterschiedlich ausgeprägt, wodurch mehrere Kompetenzstufen im Unternehmen vorhanden sind (Mischform). Alle vier Handlungsfelder werden je nach Versorgungsbedürfnissen der pflegebedürftigen Personen angewendet (Mischform). Die Funktions- und Bereichspflege werden in den Wohnbereichen/Stationen kombiniert durchgeführt und die Aufgaben je nach Qualifikation aufgeteilt (Mischform). Die Geriatrie gehört zu den pflegesensitiven Fachbereichen. Die Pflegeeinrichtung ist mit mehr als 70 pflegebedürftigen Personen eine größere

Anwendungsbeispiel 2

Einrichtung in öffentlicher Trägerschaft. Eine Pflegekraft ist durchschnittlich (in Tagen und Nächten) für 20 pflegebedürftige Personen zuständig. Im betrachteten Jahr waren durchschnittlich 75 Pflegekräfte (VZÄ) angestellt.

Merkmale	Ausprägung													
Qualifikationen professioneller Pflege	Pflegefachfrau/-mann (Ausbildung)		Gesundheits- und Krankenpflege (Ausbildung)		Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (Ausbildung)		Altenpflege (Ausbildung)		Pflegeassistent:in (Ausbildung)		Hochschulausbildung Vollzeit/Dual		Mischform	
Pflegekompetenzen nach Benner	Neuling		Fortgeschrittene:r Anfänger:in		Kompetent Pflegende:r		Erfahrene:r Pflegende:r		Pflegeexpert:in		Mischform			
Handlungsfelder der Pflege	Präventive Pflege			Kurative Pflege			Rehabilitative Pflege			Palliative Pflege			Mischform	
Pflegesysteme	Tätigkeitsbezogen: Funktionspflege			Patient:innenorientiert: Bereichspflege			Patient:innenorientiert: Bezugspflege			Patient:innenorientiert: Primary Nursing			Mischform	
Einsatzgebiete	Krankenhaus		Stationäre/teilstationäre Pflege		Ambulante Pflege		Ärztliche/zahnärztliche/sonstige medizinische Praxis		Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung		Sonstiges			
Gesamtzahl pflegerischer Arbeitskraft (VZÄ)	≤ 1	2-10	11-20	21-50	51-90	91-120	121-180	181-250	251-330	331-420	421-540	541-1.000	≥ 1.001	
Trägerschaften	Privat				Freigemeinnützig					Öffentlich				
Pflegebereiche	Sensitiver Bereich							Nicht-sensitiver Bereich						
Gesamtzahl pflegebedürftiger Personen	< 10	10-29	30-49	50-99	100-149	150-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-799	≥ 800	
Personalschlüssel: Pflegekraft zu x Pflegebedürftigen	< 2		2-10			11-20			21-30			> 30		

Abbildung 33: Morphologischer Kasten der professionellen Pflege in Deutschland, Beispiel 2

Quelle: Eigene Darstellung

9 Fazit

Der vorliegende Beitrag schafft einen Überblick zur professionellen Pflege in Deutschland und geht zudem auf den Fachkräftemangel als aktuelle Herausforderung in dieser beruflichen Disziplin ein. Der morphologische Kasten sorgt für einen strukturierten Überblick über die professionelle Pflege und für ein besseres Verständnis.

Die Merkmale der professionellen Pflege lassen sich den Themen „Arbeitsorganisation professioneller Pflege“, „Arbeits-/Wirkungsbereiche und Rahmenbedingungen“ sowie „Pflegepersonal und Pflegebedürftige“ zuordnen. Damit wurden u. a. die verschiedenen beruflichen Qualifikationen, Handlungsfelder der Pflege und Einsatzgebiete beschrieben und Unterscheidungen nach der Anzahl der Pflegekräfte und der Anzahl zu versorgender Personen getroffen. Die Auswahl der Merkmale und ihrer Ausprägungen versteht sich als Vorschlag der Autor:innen und sollte im fachwissenschaftlichen Diskurs auf Vollständigkeit und Zielgenauigkeit geprüft werden.

Für die Anwendung sind mehrere Adressat:innen und Anwendungsebenen angedacht. Für die interne und externe Managementebene ist eine systematische Darstellung einer pflegerischen Einrichtung oder einzelner Stationen eines Krankenhauses durch den Einsatz des morphologischen Kastens denkbar. Im Hinblick auf die kontinuierliche Erarbeitung eines angemessenen Pflegepersonalbemessungsverfahrens könnte der morphologische Kasten bei politischen Entscheidungsprozessen unterstützend eingesetzt werden.

Insgesamt stellt der vorliegende Beitrag eine Erweiterung der *Begrifflichen Einordnung der Pflege und Pflegeleistungen in Deutschland* (Schuppan et al., 2022) dar und unterstützt das Verständnis des komplexen Bereiches Pflege.

Die Auswirkungen der Coronapandemie sind noch nicht vollständig abzusehen, haben aber bereits den gesellschaftlichen Blick auf die Bedeutung der Pflege verändert. Der politische und gesellschaftliche Schwerpunkt wird mit den bestehenden und neuen Herausforderungen in den kommenden Jahren einen Wandel vorantreiben – mit dem übergeordneten Ziel, die pflegerische Versorgungsqualität sicherzustellen.

Der morphologische Kasten liefert eine umfangreiche Übersicht zu relevanten Pflegeaspekten.

Diverse Anwendungsmöglichkeiten in der Praxis

Literaturverzeichnis

Forschungsliteratur und Quellen

- Aiken, L. H., Sermeus, W., van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L. & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ (Clinical research ed.)*, 344(e1717). DOI: <<https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>>.
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D. & Sermeus, W. (2016). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ quality & safety*, 26(7), S. 559–568. DOI: <<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>>.
- BARMER GEK (Hrsg.). (2021). *BARMER Pflegereport 2021. Zahl Pflegebedürftiger steigt stärker als angenommen*. Online: <<https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reporte/pflegereport/pflegereport-2021-1059412>> (abgerufen am 25.05.2022).
- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). (2018). *Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. Höhere Anforderungen, mehr gesundheitliche Beschwerden*. Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). DOI: <<https://doi.org/10.21934/BAUA:FAKTEN20200108>>.
- Benner, P. E. (2012). *Stufen zur Pflegekompetenz. From novice to expert*. Übers. v. M. Wengenroth. Unter Mitarbeit v. D. Staudacher. 2., vollst. überarb. und erg. Aufl. Bern: Huber. (Originaltitel „From Novice to Expert“).
- Blegen, M. A., Goode, C. J., Spetz, J., Vaughn, T. & Park, S. H. (2011). Nurse staffing effects on patient outcomes: safety-net and non-safety-net hospitals. *Medical care*, 49(4), S. 406–414. DOI: <<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318202e129>>.
- Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M. & Steffen, P. (2019). *Krankenhaus Barometer. Umfrage 2019*. Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (Hrsg.). Düsseldorf. Online: <https://www.dki.de/sites/default/files/2019-12/2019_Bericht%20KH%20Barometer_final.pdf> (abgerufen am 08.09.2022).
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2022). *Ausbildungsoffensive Pflege (2019–2023). Zweiter Bericht*. Online: <https://www.pflegeausbildung.net/fileadmin/de.altenpflegeausbildung/content.de/user_upload/221123_Bro_A4_2Zwischenbericht_Ausbildungsoffensive_Pflege__BF_2.pdf> (abgerufen am 08.09.2022).
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) & BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2016). *Bekanntmachung der von der 89. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und der 86. Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“*. (BAnz AT, 17.02.2016 B3). Online: <https://www.bpa-arbeitgeberverband.de/fileadmin/user_upload/kleinedokumente/BAnz_AT_17.02.2016_B3.pdf> (abgerufen am 31.10.2022).

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021a). *Konzertierte Aktion Pflege. Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) & Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/KAP_Zweiter_Bericht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_Vereinbarungen_der_Arbeitsgruppen_1_bis_5.pdf> (abgerufen am 15.11.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021b). *Pflegegrade*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegegrade.html>> (abgerufen am 10.08.2021).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021c). *Pflegepersonaluntergrenzen*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegepersonaluntergrenzen.html>> (abgerufen am 30.06.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022a). *Bundestag beschließt Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Spahn: „Stärken unser Gesundheitssystem – damit es auch in Zukunft zu den besten zählt“*. [Pressemitteilung]. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2021/2-quartal/gvwg.html>> (abgerufen am 12.09.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022b). *Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG)*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/khpfleg.html>> (abgerufen am 07.12.2022).
- Bräutigam, H., Evans, M., Hilbert, J. & Öz, F. (2014). *Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser*. Hans Böckler Stiftung (Hrsg.). (Arbeit und Soziales, Arbeitspapier 306). Online: <https://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_306.pdf> (abgerufen am 08.09.2022).
- Bretbacher, C. (2017). Primary Nursing. Zurück zu den Wurzeln der mobilen Pflege. *ProCare*, 22(9), S. 6–9. DOI: <<https://doi.org/10.1007/s00735-017-0826-9>>.
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). (2021). *Klassifikation der Berufe 2010 – überarbeitete Fassung 2020. Band 2: Definitorischer und beschreibender Teil*. Online: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/KIdB2010-Fassung2020/Printausgabe-KIdB-2010-Fassung2020/Generische-Publikationen/KIdB2010-PDF-Version-Band2-Fassung2020.pdf?__blob=publicationFile&v=20> (abgerufen am 31.10.2022).
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). (2022). *Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*. (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt). Online: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=13> (abgerufen am 14.11.2022).
- Care Potentials (Hrsg.). (2021). *Pflegesysteme*. Promedis24 GmbH. Online: <<https://www.care-potentials.com/informationen/pflegesysteme-c68c35ec-cda4-47ed-9045-df95aaab631a>> (abgerufen am 12.09.2022).
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.). (2019). *Advanced Practice Nursing. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*. 4. Aufl. Online: <<https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf>> (abgerufen am 12.09.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2013a). *Grunddaten der Krankenhäuser 2011*. (Fachserie 12 Reihe 6.1.1). Wiesbaden. Online: <https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00018898> (abgerufen am 10.11.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2013b). *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste*. Online: <https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00022659> (abgerufen am 01.02.2022).

- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2013c). *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige*. Online: <https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00022637> (abgerufen am 01.02.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2013d). *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegeheime*. Online: <https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00022680> (abgerufen am 01.02.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2019). *Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden. Online: <https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2019/Bevoelkerung/pressebroschuere-bevoelkerung.pdf?__blob=publicationFile> (abgerufen am 05.08.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2021). *Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung – 2020*. Online: <<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/Publikationen/Downloads-Berufliche-Bildung/pflegeberufe-ausbildungsfinanzierung-vo-5212401207005.html>> (abgerufen am 31.01.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022a). *Ambulante Dienste, Pflegebedürftige: Deutschland, Stichtag, Träger. 22411-0001*. GENESIS-Online. Online: <<https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=22411-0001&bypass=true&levelindex=0&levelid=1688469114950#abreadcrumb>> (abgerufen am 02.02.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022b). *Bevölkerung: Deutschland, Stichtag. Ergebnis 12411-0001*. GENESIS-Online. Online: <https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=find&suchanweisung_language=de&query=12411-0001#abreadcrumb> (abgerufen am 10.11.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022c). *Eckzahlen der Gesundheitspersonalrechnung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Online: <https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=16520::Gesundheitspersonalrechnung+GPR#def> (abgerufen am 09.02.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022d). *Erläuterungen zu den Grunddaten der Krankenhäuser 2021*. Online: <<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611217004.html>> (abgerufen am 01.02.2023).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022e). *Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Einrichtungen, Geschlecht, Berufe im Gesundheitswesen. 23621-0002*. GENESIS-Online. Online: <<https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=23621-0002&bypass=true&levelindex=1&levelid=1675931922550#abreadcrumb>> (abgerufen am 30.11.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022f). *Grunddaten der Krankenhäuser 2021*. (Fachserie 12 Reihe 6.1.1). Online: <<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611217004.html>> (abgerufen am 01.02.2023).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022g). *Pflegestatistik 2021. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*. Online: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html#_ifa7ipj63> (abgerufen am 01.02.2023).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022h). *Pflegestatistik 2021. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste*. Online: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html#_ifa7ipj63> (abgerufen am 01.02.2023).

- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022i). *Pflegestatistik 2021. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige*. Online: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html#_ifa7ipj63> (abgerufen am 01.02.2023).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022j). *Pflegestatistik 2021. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegeheime*. Online: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html#_ifa7ipj63> (abgerufen am 01.02.2023).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022k). *Zahl der Beschäftigten im Pflegedienst in Kliniken binnen zehn Jahren um 18 % gestiegen*. [Pressemitteilung]. Online: <https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/05/PD22_N026_2313.html;jsessionid=1984AD8835CEDB2D4A41D1E14D1AE9B4.live732> (abgerufen am 03.08.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2023a). *Gesundheitspersonal in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Beschäftigungsart, Beruf*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online: <https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=17128146&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=96&p_ansnr=91558039&p_version=12&p_dim=D.489&p_dw=44532&p_direction=drill> (abgerufen am 01.02.2023).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2023b). *Pflegeheime, Verfügbare Plätze: Deutschland, Stichtag, Träger. 22412-0002*. GENESIS-Online. Online: <<https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=22412-0002&bypass=true&levelindex=0&levelid=1691071848470#abreadcrumb>> (abgerufen am 02.02.2023).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (1996). *Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV NOG)*. (Drucksache, 13/6087). Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/13/060/1306087.pdf>> (abgerufen am 23.05.2022).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2007). *Unterrichtung durch die Bundesregierung. Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. (Drucksache 16/6339). Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/16/063/1606339.pdf>> (abgerufen am 28.07.2021).
- Die Bundesregierung (Hrsg.). (2019). *Konzentrierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Heilberufe, 2019(7–8)*. DOI: <<https://doi.org/10.1007/s00058-019-0115-z>>.
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.). (2019). *37 Prozent der Kliniken müssen Intensivbetten zeitweise schließen. DKG zur Vorstellung der Zwischenergebnisse des DKI Krankenhaus Barometers 2019*. [Pressemitteilung]. Berlin. Online: <<https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/37-prozent-der-kliniken-muessen-intensivbetten-zeitweise-schliessen/>> (abgerufen am 12.07.2021).
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.). (2021). *DKG zur Veröffentlichung des Pflegepersonalquotienten*. [Pressemitteilung]. Online: <https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2021/2021-10-06-PM-DKG_zum_Pflegepersonalquotienten.pdf> (abgerufen am 12.09.2022).
- DKI – Deutsches Krankenhausinstitut (Hrsg.). (2021). *Krankenhaus Barometer. Umfrage 2021*. Online: <https://www.dki.de/sites/default/files/2021-12/20211221_Final_KH-Barometer-komprimiert.pdf> (abgerufen am 12.09.2022).

- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2020). *Arbeitshilfe zur Umsetzung neuer Wohnformen für Pflegebedürftige*. GKV-Spitzenverband (Hrsg.). Berlin. Online: <https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/Arbeitshilfe_Wohnformen_2020_barrierefrei.pdf> (abgerufen am 09.09.2021).
- Griffiths, P., Ball, J., Murrells, T., Jones, S. & Rafferty, A. M. (2016). Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study. *BMJ open*, 6(2), S. e008751. DOI: <<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008751>>.
- Haarhoff, H. (2022). Pflegekräfte in NRW dürfen weiter streiken. *Tagesspiegel Background Gesundheit & E-Health*, 15.06.2022. Online: <<https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/pflegekraefte-in-nrw-duerfen-weiter-streiken>> (abgerufen am 12.09.2022).
- Hackmann, T., Kremer-Preiß, U., Bahr, M., Huschik, G., Maetzel, J. & Mehnert, T. (2019). *Ergebnisse des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nach § 45f. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung*. GKV-Spitzenverband (Hrsg.). Prognos AG & Kuratorium Deutsche Altershilfe. Freiburg (u. a.). Online: <https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/Pflege_Endbericht_Wohnformen_45_28.02.2019.pdf> (abgerufen am 23.05.2022).
- Hasseler, M. & Stemmer, R. (2018). Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflegequalität. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege. Mit 24 Tabellen und 43 Abbildungen*. Berlin: Springer, S. 23–36.
- Hasselhorn, H.-M., Müller, B. H., Tackenberg, P., Kümmerling, A. & Simon, M. (2005). *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – Übersetzung, Ü 15). Dortmund (u. a.): Wirtschaftsverlag NW. Online: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Schriftenreihe/Uebersetzungen/Ue15.pdf?__blob=publicationFile&v=3> (abgerufen am 09.09.2021).
- IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2006). *Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung - Eine systematische Übersicht*. Arbeitspapier. Version 1.0. Online: <https://www.iqwig.de/download/arbeitspapier_zusammenhang_zwischen_pflegekapazitaet_und_ergebnisqualitaet_in_der_stationaeren_versorgung_.pdf> (abgerufen am 03.08.2021)
- Kaiser, H. (2001). *Die „Stufen zur Pflegekompetenz“ von P. Benner aus der Sicht der Wissenspsychologie*. (Skripten der Lehrerweiterbildung am Bildungszentrum für Gesundheitsberufe Kanton Solothurn, 2). Online: <https://www.hrkl.ch/typo/fileadmin/Texte/ILM/Benner_und_die_Wissensarten_Skript_2.pdf> (abgerufen am 03.08.2021).
- Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S. & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical care*, 45(12), S. 1195–1204. DOI: <<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181468ca3>>.
- Karagiannidis, C., Kluge, S., Janssens, U., Wachler, F. & Marx, G. (2021). Intensivstationen: Ein Drittel der Betten ist gesperrt. *Deutsches Ärzteblatt*, 118(42), S. A1908. Online: <<https://www.aerzteblatt.de/archiv/221623/Intensivstationen-Ein-Drittel-der-Betten-ist-gesperrt>> (abgerufen am 23.05.2022).
- Kohl, R., Jürchott, K., Hering, C., Gangus, A., Kuhlmeier, A. & Schwinger, A. (2021). COVID-19-Betroffenheit in der vollstationären Langzeitpflege. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstruktur*. Berlin (u. a.): Springer, S. 3–20.

- Krings, T. (2018). *Personalwirtschaft. Grundlagen betrieblicher Personalarbeit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. DOI: <<https://doi.org/10.1007/978-3-658-21611-5>>.
- Kroll, L. E., Schumann, M., Hoebel, J. & Lampert, T. (2017). Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2017(2), S. 103–120. DOI: <<https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-035.2>>.
- Lauterbach verspricht „Revolution“. (2022). *tagesschau.de*, 06.12.2022. Online: <<https://www.tagesschau.de/inland/krankenhaus-reform-101.html>> (abgerufen am 07.12.2022).
- Meyer, G. (2016). *Auswirkungen der Pflegekapazität auf die Versorgungs- und Ergebnisqualität*. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Hrsg.). Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Pflegekapazitaet_Meyer.pdf> (abgerufen am 03.11.2022).
- Meyer, G. & Köpke, S. (2006). Expertenstandards in der Pflege: Wirkungsvolle Instrumente zur Verbesserung der Pflegepraxis oder von ungewissem Nutzen? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(3), S. 211–216. (Originaltitel „The German nursing expert standards: powerful instruments to improve nursing practice or of doubtful benefit?“). DOI: <<https://doi.org/10.1007/s00391-006-0385-3>>.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R. & Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *The New England journal of medicine*, 364(11), S. 1037–1045. DOI: <<https://doi.org/10.1056/NEJMs1001025>>.
- Neumann, M. (2009). Berufsspezifische Entwicklung der Pflege – vom Helfer zur Profession. In: C. von Reibnitz (Hrsg.). *Case Management: praktisch und effizient*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 3–18. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-642-01317-1_1>.
- Pick, P., Brüggemann, J., Grote, C., Grünhagen, E. & Lampert, T. (2004). *Pflege. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.). (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Berlin. Online: <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3174/29qmd3FjnRtQ_48.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (abgerufen am 23.05.2022).
- Pompey, H. (1998). Altenheim, Pflegeheim. [Sonderdrucke aus der Albert-Ludwig Universität Freiburg]. Originalbeitrag erschienen in: Wilhelm Korff u. a. (Hrsg.): *Lexikon der Bioethik*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus. Bd. 1 (1998), S. 118 - 121.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in Deutschland*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin. Online: <<https://www.gbe-bund.de/pdf/gesber2015.pdf>> (abgerufen am 23.05.2022).
- Rothgang, H., Cordes, J., Fünfstück, M., Heinze, F., Kalwitzki, T., Stolle, C., Kloep, S., Krempa, A., Matzner, L., Zenz, C., Sticht, S., Görres, S., Darmann-Finck, I., Wolf-Ostermann, K., Brannath, W. & Becke, G. (2020). *Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)*. Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIMUM), Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Institut für Arbeit und Wirtschaft (IAW) & Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb) (Hrsg.). Bremen. DOI: <<https://doi.org/10.26092/elib/294>>.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2021). *Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends*. BARMER GEK. (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 32). Berlin: Barmer. Online: <<https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reporte/pflegereport/pflegereport-2021-1059412#Downloads-1071552>> (abgerufen am: 23.05.2022).

- Rothgang, H. & Müller, R. (2022). *BARMER Pflegereport 2022. Stationäre Versorgung und COVID-19*. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (Hrsg.). (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 38). Berlin. Online: <<https://www.barmer.de/resource/blob/1142760/9ec71d5ae2f750239f74532a33d14490/barmer-pflegereport-2022-bifg-data.pdf>> (abgerufen am 02.12.2022).
- Rothgang, H., Müller, R. & Preuß, B. (2020). *BARMER Pflegereport 2020. Belastung der Pflegekräfte und ihre Folgen*. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (Hrsg.). (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 26). Berlin. Online: <<https://www.barmer.de/resource/blob/1025982/6b0313d72f48b2bf136d92113ee56374/barmer-pflegereport-2020-band-26-bifg-data.pdf>> (abgerufen am 27.05.2021).
- Rothgang, H., Müller, R. & Unger, R. (2012). *Themenreport „Pflege 2030“: Was ist zu erwarten – was ist zu tun?* Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Online: <<https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/themenreport-pflege-2030>> (abgerufen am 02.08.2022).
- Sales, A., Sharp, N., Li, Y.-F., Lowy, E., Greiner, G., Liu, C.-F., Alt-White, A., Rick, C., Sochalski, J., Mitchell, P. H., Rosenthal, G., Stetler, C., Cournoyer, P. & Needleman, J. (2008). The association between nursing factors and patient mortality in the Veterans Health Administration: the view from the nursing unit level. *Medical care*, 46(9), S. 938–945. DOI: <<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181791a0a>>.
- Schuppann, S. C., Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F., Müller, R. & Schmiedel, L. (2022). Begriffliche Einordnung der Pflege und Pflegeleistungen in Deutschland. In: K. Agor, F. Knieps & H.-R. Hartweg (Hrsg.). *Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement*. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 1–31. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31244-2_78-1>.
- Schwinger, A., Klauber, J. & Tsiasioti, C. (2020). Pflegepersonal heute und morgen. In: K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* (Pflege-Report). Berlin: Springer Open, S. 3–21. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_1>.
- Seyda, S., Köppen, R. & Hickmann, H. (2021). *Pflegeberufe besonders vom Fachkräftemangel betroffen*. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) (Hrsg.). Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung (KOFA).
- Simon, M., Sharma, N. & Gerfin, M. (2020). *Pflegepersonal und unerwünschte Ereignisse in Schweizer Akutspitälern. Auswertung von Daten des Bundesamtes für Statistik*.
- Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H.-M., Kümmerling, A., Büscher, A. & Müller, B. H. (2005). *Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland*. Bergische Universität Wuppertal. Online: <<http://www.next.uni-wuppertal.de>> (abgerufen am 09.09.2021).
- Sochalski, J., Konetzka, R. T., Zhu, J. & Volpp, K. (2008). Will mandated minimum nurse staffing ratios lead to better patient outcomes? *Medical care*, 46(6), S. 606–613. DOI: <<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181648e5c>>.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.). (2010). *Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. (Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2). DOI: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Publicationen/Downloads/krankenhausbehandlung-pflegebeduerftige-5871102109004.pdf?__blob=publicationFile> (abgerufen am 09.09.2021).
- Tegtmeier, U. & Schran, P. (2015). Pflege und Pflegemanagement. In: C. Thielscher (Hrsg.). *Medizinökonomie 1. Das System der medizinischen Versorgung*. 2., aktualisierte und erw. Aufl. (FOM-Edition, Bd. 1). Wiesbaden: Springer Gabler, S. 578–609.
- vdek – Verband der Ersatzkassen e. V. (Hrsg.). (2022). *Expertenstandards in der Pflege*. Online: <<https://www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/expertenstandards-pflege.html>> (abgerufen am 29.06.2022).

- ver.di (Hrsg.). (2022). *Entlastung: Großer Erfolg für Kliniken in NRW*. Online: <<https://www.verdi.de/themen/nachrichten/++co++a1ef63b8-ca17-11ec-94f1-001a4a16012a>> (abgerufen am 04.09.2022).
- Vogler, C., Schön, J., Strauß, A. & Von Kalckreuth, B. (2020). *I care Pflege*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. DOI: <<https://doi.org/10.1055/b-006-163255>>.
- WHO – World Health Organization (Hrsg.). (2002). *Definition of Palliative Care 2002*. Online: <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf> (abgerufen am 06.02.2022).
- Wynendaele, H., Willems, R. & Trybou, J. (2019). Systematic review: Association between the patient-nurse ratio and nurse outcomes in acute care hospitals. *Journal of nursing management*, 27(5), S. 896–917. DOI: <<https://doi.org/10.1111/jonm.12764>>.
- Zander, B., Dobler, L., Bäuml, M. & Busse, R. (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Das Gesundheitswesen*, 76(11), S. 727–734. DOI: <<https://doi.org/10.1055/s-0033-1364016>>.
- Zander, B., Köppen, J. & Busse, R. (2017). Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive. In: J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich & J. Wasem (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten*. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Stuttgart: Schattauer, S. 61–78.

Rechtsquellen

2. GKV-NOG – Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz) vom 23.06.1997. *BGBl. I*, 1997(42), S. 1520. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl197s1520.pdf> (abgerufen am 27.09.2022).
- Erste Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 08.11.2021. *BGBl. I*, 2021(77), 4792. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl121s4792.pdf> (abgerufen am 21.07.2022).
- GSG – Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21.12.1992. *BGBl. I*, 1992(59), S. 2266. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl192s2266.pdf> (abgerufen am 27.09.2022).
- GVWG – Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz) vom 11.07.2021. *BGBl.*, 2021(44), S. 2754. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl121s2754.pdf> (abgerufen am 02.08.2022).
- KHG – Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz) vom 14.12.2019. Online: <<https://www.gesetze-im-internet.de/khg>> (abgerufen am 09.02.2022).
- KHStatV – Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung) vom 10.07.2017. Online: <<https://www.gesetze-im-internet.de/khstatv>> (abgerufen am 09.02.2022).
- PfIBG – Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz) vom 11.07.2021. Online: <<https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/>> (abgerufen am 30.08.2022).
- PfIBRefG – Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz) vom 17.07.2017. *BGBl. I*, 2017(49), S. 2581. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl117s2581.pdf> (abgerufen am 17.05.2022).

- Pflege VG – Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz) vom 26.05.1994. *BGBI. I, 1994(30)*, 1014. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl194s1014.pdf> (abgerufen am 23.03.2021).
- Pflegebonusgesetz – Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen vom 28.06.2022. *BGBI. I, 2022(21)*, S. 938. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl122s0938.pdf> (abgerufen am 01.07.2022).
- Pflegelöhneverbesserungsgesetz – Gesetz für bessere Löhne in der Pflege vom 22.11.2019. *BGBI. I, 2019(42)*, S. 1756. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl119s1756.pdf> (abgerufen am 17.05.2022).
- PfWG – Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). *BGBI. I, 2008(20)*, S. 874. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl108s0874.pdf> (abgerufen am 28.07.2021).
- PfNG – Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz) vom 23.10.2012. *BGBI., 2012(51)*, S. 2246. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl112s2246.pdf> (abgerufen am 02.02.2022).
- PpSG – Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz) vom 11.12.2018. *BGBI. I, 2018(45)*, S. 2394. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl118s2394.pdf> (abgerufen am 17.05.2022).
- PpUGV – Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung) vom 09.11.2020. *BGBI. I, 2020(51)*, S. 2357. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl120s2357.pdf> (abgerufen am 12.09.2022).
- PQsG – Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz) vom 09.09.2001. *BGBI. I, 2001(47)*, S. 2320. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl101s2320.pdf> (abgerufen am 28.07.2021).
- PSG II – Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz) vom 21.12.2015. *BGBI. I, 2015(54)*, S. 2424. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl115s2424.pdf> (abgerufen am 23.05.2022).
- SGB V – Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung* vom 23.06.2021. Online: <https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/> (abgerufen am 17.03.2021).
- SGB XI – Elftes Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung* vom 28.03.2021. Online: <https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/> (abgerufen am 28.07.2021).