

Forschungsberichte des WIG2 Instituts

12

03/2022, Heft 12

Paula Seidl, Luise Seile, Franziska Stutzer & Carsta Militzer-Horstmann. **Pflege und Pflegeforschung am WIG2 Institut.**

Lisa Schmiedel. **Die Finanzierung des Pflegesystems – Entwicklung, Prognosen und Reformoptionen.**

Susann Cathleen Schuppann, Franziska Stutzer, Carsta Militzer-Horstmann. **Professionelle Pflege in Deutschland.**

WIG **2**

Wissenschaftliches Institut
für Gesundheitsökonomie und
Gesundheitssystemforschung

Forschungsberichte des WIG2 Instituts

03/2022

Heft 12

Paula Seidl, Luise Seile, Franziska Stutzer & Carsta Militzer-Horstmann. **Pflege und Pflegeforschung im WIG2 Institut.**

Lisa Schmiedel. **Die Finanzierung des Pflegesystems – Entwicklung, Prognosen und Reformoptionen.**

Susann Cathleen Schuppan, Franziska Stutzer, Carsta Militzer-Horstmann. **Professionelle Pflege in Deutschland.**

Online-ISSN: 2628-4103

Impressum

Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts
für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung
(Forschungsberichte des WIG2 Instituts)
Online-ISSN 2628-4103

Herausgeber

WIG2 GmbH
Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und
Gesundheitssystemforschung
© 2022 bei den Verfassern. Alle Rechte vorbehalten.

Vertreten durch

Dr. Ines Weinhold, Geschäftsführerin
Dr. Thomas Höpfner, Geschäftsführer

Kontakt

Anschrift: Markt 8, 04109 Leipzig
Website: www.wig2.de
Telefon: + 49 341 392940-0
E-Mail: [forschungsbereichte@wig2.de](mailto:forschungsberichte@wig2.de)

Redaktion

Dr. Carsta Militzer-Horstmann
Franziska Stutzer
Luise Seile
Paula Seidl

Druckerei

FLYERALARM GmbH
Alfred-Nobel-Str. 18
97080 Würzburg

Ausgabe
03/2022, Heft 12

Paula Seidl, Luise Seile, Franziska Stutzer & Carsta Militzer-Horstmann. **Pflege und Pflegeforschung im WIG2 Institut.**

Lisa Schmiedel. **Die Finanzierung des Pflegesystems – Entwicklung, Prognosen und Reformoptionen.**

Susann Cathleen Schuppam, Franziska Stutzer, Carsta Militzer-Horstmann. **Professionelle Pflege in Deutschland.**

1/2019

Heft 1

Häckl, D., Kossack, N., Schindler, C., Weinhold, I. & Wende, D. Weiterentwicklung der Morbiditätsparameter im Morbi-RSA – 7 Thesen und Vorschläge. Diskussionspapier.

Winkler, J., Schwarz, R., Gantner, T., Nack, D. & Schwarz, M. Blockchain: Die Demokratisierung des Gesundheitswesens? White Paper zur Funktionsweise und den Erfolgsfaktoren für eine Anwendung der Blockchain im Gesundheitswesen.

2/2019

Heft 2

Schwarz, M. Kritische Bewertung des Versorgungsprozesses von MRSA-Patienten. Bearbeitung der Forschungsfragestellung im Rahmen einer Master-Thesis am Ludwig Fresenius Center for Health Care Management and Regulation der HHL Leipzig Graduate School of Management.

3/2019

Heft 3

Schäffer, T. „Statistical illiteracy“ im Gesundheitswesen am Beispiel des Mammographie-Screenings. Seminararbeit an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im Studiengang Wirtschaftswissenschaften.

Lintener, H. Die Potenziale und Barrieren der assistierten Heimdialyse im Setting der stationären Altenpflege in Deutschland. Bachelorarbeit an der Hochschule Fulda im Fachbereich Pflege und Gesundheit, Studiengang Gesundheitsökonomie und -politik.

1/2020

Heft 4

Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F. & Schmiedel, L. Editorial. Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2019.

Schäffer, T. Ursachen regionaler Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Deutschland: Eine empirische Analyse mit Abrechnungsdaten. Masterarbeit an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Schrey, C. Selection and Incentive Effects of Gatekeeping on Healthcare Utilisation in Germany. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science – Volkswirtschaftslehre an der Universität Leipzig.

2/2020

Heft 5

Höpfner, T., Berndt, B., Schäffer, T. & Militzer-Horstmann, C. Versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland: Verteilungswirkungen und Verteilungsgerechtigkeit.

3/2020

Heft 6

Dohmen, S. Risikofaktoren für Vorhofflimmern und deren Einfluss auf die Entstehung eines Vorhofflimmerns: Eine Analyse mittels Cox-Regression. Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Science – Angewandte Mathematik.

Kirchgeorg, F. Technologien zur Indoor-Lokalisierung im Krankenhaus. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science – Wirtschaftsinformatik.

1/2021

Heft 7

Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F., Schmiedel, L. & Hamm, A. Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2020.

Berndt, B. & Häckl, D. Coronapandemie und Morbi-RSA. Thesen zum Einfluss des Versorgungsgeschehens im 1. Halbjahr 2020 auf die Funktionalität des Ausgleichssystems.

Stutzer, F. Urheberrecht in der wissenschaftlichen Praxis.

2/2021

Heft 8

Büttner-Janner, R. E-Health in Deutschland: Entwicklungsperspektiven und internationaler Vergleich mit Fokus auf Interoperabilität im Gesundheitswesen. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science – Wirtschaftsinformatik.

3/2021

Heft 9

Berndt, B., Häckl, D., Mäder, M. & Höpfner, T. Anreiztheoretische Diskussion zum Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ als Weiterentwicklung der integrierten Versorgung.

1/2022

Heft 10

Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F., Schmiedel, L. & Seile, L. Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2021.

Stutzer, F., Weinhold, I., Thiesen, J., Stark, S. & Wende, D. Versorgungssituation geriatrischer Patient:innen in Sachsen. Methodik und Ergebnisse der Angehörigenbefragung im Innovationsfondsprojekt RemugVplan.

2/2022

Heft 11

Thiesen, J. Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung geriatrischer Patient:innen in Sachsen: Distanzakzeptanz aus Patient:innensicht. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science Public Health.

Editorial	
Pflege und Pflegeforschung am WIG2 Institut	7
Kurzbericht	
Begriffliche Einordnung der Pflege und Pflegeleistungen in Deutschland	17
Kurzbericht	
Digitale Gesundheits- und Pflegeanwendungen – Chancen, Voraussetzungen und Hemmnisse der Digitalisierung in der Pflege	21
Originalarbeit	
Die Finanzierung des Pflegesystems	25
Originalbeitrag	
Professionelle Pflege in Deutschland	73

Editorial

Pflege und Pflegeforschung am WIG2 Institut

Autorinnen

Paula Seidl
Luise Seile
Franziska Stutzer
Carsta Militzer-Horstmann

Eingereicht am

01.10.2022

Zitiervorschlag

Seidl, P., Seile, L., Stutzer, F. & Militzer-Horstmann, C. (2022). Pflege und Pflegeforschung am WIG2 Institut. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2022(12).

Liebe Leser:innen,

zweieinhalb Jahre ist es her, dass das Coronavirus unsere Welt von einem Tag auf den anderen auf den Kopf stellte. Wir alle erinnern uns an die ersten Wochen unter Pandemiebedingungen, als Ausgangssperren, Abstandsregelungen und die hohen Totenzahlen noch wie ein böser Traum wirkten.

Surreal erschienen auch die Szenen aus deutschen Krankenhäusern, die damals durch die Medien gingen: chaotische Klinikflure, überfüllte Intensivstationen und Pflegekräfte an der Belastungsgrenze. Bilder wie diese sorgten bundesweit für Empörung und rückten die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte in den Mittelpunkt der gesellschaftlichen und politischen Debatte.



Paula Seidl
Junior Wissenschaftliche
Mitarbeiterin



Luise Seile
Junior Wissenschaftliche
Mitarbeiterin



Franziska Stutzer
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin



**Dr. Carsta Militzer-
Horstmann**
Bereichsleiterin
Wissenschaftliche
Entwicklung

Doch das Problem, für das die Pandemie öffentliche Aufmerksamkeit schaffte, besteht nicht erst seit 2020: Der Pflegenotstand gehört schon lange zur Realität des deutschen Gesundheitssystems (Hans Böckler Stiftung, 2022). Seit Jahren nimmt der Bedarf an Pflegepersonal zu. Ein Grund dafür ist auch der fortschreitende demografische Wandel, der unsere Gesellschaft maßgeblich verändert (BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2021). Den durch den medizinischen Fortschritt entstehenden Chancen auf ein längeres Leben gegenüber stehen immer mehr ältere Personen, die auf Hilfe im Alltag angewiesen sind (Rothgang, Müller & Unger, 2012). Zählte man im Jahr 1999 noch 2,02 Millionen pflegebedürftige Menschen, so waren es 20 Jahre später bereits mehr als doppelt so viele (4,13 Mio.) (Destatis – Statistisches Bundesamt, 2022). Und die Verdopplungszeit dürfte künftig noch kürzer ausfallen: Die Bertelsmann-Stiftung (2012) prognostizierte einen weiteren Anstieg des Pflegebedarfs um 50,0 % bereits bis zum Jahr 2030. Zur gleichen Zeit sei ein Rückgang des Arbeitskräfteangebotes im Pflegebereich zu erwarten. Bei Fortsetzung der aktuellen Trends könnten demnach in weniger als zehn Jahren fast eine halbe Million Vollzeitkräfte in der Pflege fehlen (Rothgang et al., 2012).

Pflegenotstand in Deutschland

Und schon jetzt sieht sich Deutschland einer drohenden Versorgungslücke gegenüber. Dies gilt besonders für den Bereich der Altenpflege, aber auch für die Gesundheits- und Krankenpflege (Seyda, 2021). Die Kündigungen in Krankenhäusern häufen sich; mehr und mehr Pfleger:innen entscheiden, die dortigen Zustände nicht länger zu akzeptieren (Hans Böckler Stiftung, 2022). Hinzukommt, dass sich Kliniken einem immer größer werdenden wirtschaftlichen Druck ausgesetzt sehen (DIHK – Deutscher Industrie- und Handelskammertag, 2022). Die sich zuspitzende Lage in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen führt dazu, dass Versorgungsformen abseits der stationären bzw. der professionellen Pflege, wie z. B. die Pflege im häuslichen Umfeld durch ambulante Pflegedienste und/oder Angehörige, an Bedeutung gewinnen (Rothgang et al., 2012). Schon jetzt werden laut Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, 2022) etwa vier von fünf Pflegebedürftigen zu Hause versorgt, wobei es sich bei den Pflegenden meist um Familienmitglieder handle. Die gesteigerte Inanspruchnahme von An- und Zugehörigen habe jedoch eine zunehmende körperliche und psychische Überlastung dieser Personen zur Folge (BMFSFJ, 2022; gesund.bund.de, 2022).

Aufgrund des Mangels an Fachkräften in der stationären Pflege nimmt die Relevanz ambulanter Versorgungsformen zu.

Die Situation der Pflege in Deutschland ist prekär – und umso dringlicher die Frage, wie die aktuellen Entwicklungen abgefedert werden können. Seitens der Legislative gab es in den letzten Jahren zahlreiche Bemühungen, den vielschichtigen Herausforderungen im Pflegebereich entgegenzutreten. Für den Bereich der professionellen Pflege beschloss der Deutsche Bundestag im Juni 2021 das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG), welches unter anderem eine Tarifbezahlung für Pflegekräfte ab September 2022 vorsieht; außerdem soll dem Personalmangel durch eine bundeseinheitliche Vorgabe zum Personalschlüssel für Heimeinrichtungen gegengesteuert werden. Das im Mai dieses Jahres erlassene Pflegebonusgesetz soll darüber hinaus mit einer Zahlung von insgesamt einer Milliarde Euro speziell diejenigen stationären Einrichtungen und dort angestellten Pflegekräfte entlasten, die während der Coronapandemie besonders viele COVID-19-Patient:innen zu versorgen hatten.

Gesetzliche Regelungen

Pflege in der Wissenschaft

So viel politisch im Pflegebereich aktuell auch zu passieren scheint – im wissenschaftlichen Kontext fand das Thema Pflege in Deutschland bislang verhältnismäßig wenig Aufmerksamkeit. Während andere Länder, so bspw. die USA, über ein speziell auf Pflegeforschung ausgerichtetes Institut verfügen, existiert eine vergleichbare Einrichtung in Deutschland nicht (Teigeler, 2013). Die fehlende Auseinandersetzung mit pflegerelevanten Forschungsfragen belegt auch eine vom WIG2 angestellte Analyse der Projekte des Innovationsfonds (Hamm, Stutzer, Militzer-Horstmann, Schäffer, Weinhold & Höpfner, 2022), einem im Zuge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) eingeführten Instrument zur finanziellen Förderung neuer Versorgungsformen sowie der Versorgungsforschung. Unsere Auswertung der Innovationsfonds-Förderprojekte aus dem Bereich der Versorgungsforschung ergab, dass sich lediglich 4 (1,3 %) der insgesamt 313 geförderten Projekte mit dem Thema Pflege auseinandersetzen. Dr. Thomas Höpfner, Geschäftsführer am WIG2 Institut, hält es jedoch für notwendig, die Pflegeforschung künftig auszubauen: „Pflege bildet eine tragende Säule der Daseinsvor- bzw. fürsorge und wird insbesondere mit Blick auf die demografische Entwicklung immer relevanter für unsere Gesellschaft. Pflegeforschung ermöglicht ein tiefgehendes Verständnis für die diversen Facetten und Einflussfaktoren dieses komplexen Bereiches, und ein solches ist unabdingbar, wenn die pflegerische Versorgung nachhaltig und qualitativ hochwertig verbessert werden soll. Daher sollte die Pflege auf der Prioritätenliste wissenschaftlicher Einrichtungen weit oben stehen. Wir am WIG2 wollen uns das ebenfalls zu Herzen nehmen und uns künftig noch mehr mit pflegerelevanten Fragestellungen auseinandersetzen“.

Pflege ist wichtig und wird immer wichtiger – ihr ist daher ein ganzer Forschungsbericht gewidmet. In diesem Editorial werden zunächst die Forschungsarbeiten, Publikationen und Veranstaltungen zum Thema vorgestellt, die das WIG2 Institut in den letzten Jahren verzeichnen konnten. Im Anschluss daran wird ein besonderer Fokus auf das Thema Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegebereich gelegt, insbesondere auf digitale Gesundheits- bzw. Pflegeanwendungen. Abschließend erfolgt ein Ausblick auf die Inhalte des vorliegenden Forschungsberichtes sowie auf die Themen, denen sich das WIG2 Institut in den kommenden Monaten widmen wird.

Bisherige Publikationen zum Thema Pflege

Schon bevor die Coronapandemie ihn in den Fokus der Öffentlichkeit rückte, fand die Pflege am WIG2 Institut große Aufmerksamkeit. Im Rahmen von diversen Forschungsprojekten, Publikationen und Veranstaltungsformaten setzten sich unsere Mitarbeiter:innen mit diesem Thema und damit verbundenen wissenschaftlichen Fragestellungen auseinander.

Ein inhaltlicher Schwerpunkt lag dabei in den letzten Jahren auf der Dialyseversorgung innerhalb und außerhalb der stationären Pflege. Beim Deutschen Pflorgetag 2019 referierte J.-Prof. Dr. Dennis Häckl über die wachsende Ressourceninanspruchnahme dialysepflichtiger Patient:innen in der stationären Pflege – und darüber, welche Aspekte in der Pflege optimiert werden müssten, um sich dieser Herausforderung zu stellen. Passend dazu beschäftigte sich Hannah Lintener (2019) in ihrer Bachelorarbeit mit einem Handlungsansatz, der eine mögliche Perspektive zukünftiger Dialyseversorgung darstellen könnte. Sie explorierte die

Zu den zentralen Themen zählte die Dialyseversorgung in der stationären sowie ambulanten Pflege.

Potenziale und Barrieren der assistierten Heimdialyse in deutschen Altenpflegeeinrichtungen und führte dazu Expert:inneninterviews mit interprofessionellen Akteur:innen der Versorgung durch. Ihr Fazit: Die assistierte Heimdialyse birgt große Potenziale, da sie eine bedarfsgerechte Versorgung bei einer gleichzeitigen Steigerung der Autonomie und Lebensqualität der:/des Patienten:/Patientin ermöglicht. Jedoch bedürfe es hierfür künftig einer multiprofessionellen Zusammenarbeit sowie eines Paradigmenwechsels in Richtung Heimverfahren in Pflegeheimen. J.-Prof. Dr. Dennis Häckl, Nils Kossack und Dr. Tonio Schönfelder (2021) stellten darüber hinaus einen Vergleich der Dialyseversorgung innerhalb und außerhalb stationärer Pflegeeinrichtungen an. Die Studie verfolgte das Ziel, die Prävalenz dialysepflichtiger chronischer Nierenversagen und die damit verbundenen Versorgungskosten dialysepflichtiger Patient:innen zu erheben sowie Unterschiede zwischen Dialysepflichtigen wohnhaft in und außerhalb von stationären Pflegeeinrichtungen zu analysieren. Zudem wurde die Anzahl der dialysepflichtigen Patient:innen bis 2040 prognostiziert.

Eine Bühne für innovative digitale Lösungen im Pflegebereich wurde im Oktober 2020 mit dem ersten Hackathon für Altern und Pflege (#HAP2020) geschaffen. Bei der zweitägigen Veranstaltung, die von der Innovationsplattform ZING! des WIG2 Instituts und dem Impact Hub Leipzig initiiert und organisiert wurde, diskutierten ca. 50 Teilnehmer:innen vor Ort gemeinsam mit virtuell zugeschalteten Gästen über zukunftsweisende Ansätze für den Pflegebereich. Auszeichnungen gab es bspw. für eine im Rahmen des Hackathons entstandene Initiative zur flächendeckenden Implementierung von kabellosem Internet via WLAN in stationären Pflegeeinrichtungen oder für die Erarbeitung eines realitätsnahen Anwendungsszenarios für den Einsatz von Pflege-Robotern. Das erfolgreiche Format wurde 2021 wiederholt.

Auch im Anfang 2022 beendeten Innovationsfondsprojekt RemugVplan, welches das WIG2 Institut in Zusammenarbeit mit der AOK PLUS durchführte, spielte das Thema Pflege eine Rolle. Motiviert durch den wachsenden Bedarf an Pflege- und Versorgungsangeboten, Vorsorge und Gesundheitsförderung speziell für geriatrische Patient:innen war es Ziel des Projektes, den Versorgungsbedarf älterer Patient:innen für den Freistaat Sachsen zu analysieren und zu prognostizieren. So soll eine bedarfsgerechte Ausgestaltung und vorausschauende Planung multi-sektoraler Strukturen zur Versorgung älterer Patient:innen in Sachsen unterstützt werden. Das Studiendesign beruhte auf einem Mixed-Methods-Ansatz: Zunächst wurde mithilfe eines statistischen Modells basierend auf den Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung abgebildet, wie hoch der Bedarf an medizinischen und pflegerischen Gesundheitsleistungen durch geriatrische Patient:innen ist. Die quantitativen Untersuchungsergebnisse wurden durch Expert:inneninterviews und Angehörigenbefragungen qualitativ ergänzt.

Mit den Versorgungsstrukturen palliativer, pflegerischer und hospizlicher Angebote für schwer erkrankte und sterbende Menschen in Sachsen beschäftigt sich der Hospiz- und Palliativbericht 2022, den das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (SMS) in Auftrag gab. Am WIG2 Institut sind Dr. Ines Weinhold, Dr. Eric Faß und Josephine Thiesen derzeit in diese Aufgabe involviert. Er schließt an die Hospizstudie 2017 (Weinhold, Claus,

**Hackathon für
Altern und Pflege
2020 und 2021**

Ziel des Projektes RemugVplan ist es, das Pflege- und Versorgungsangebot für geriatrische Patient:innen zu optimieren.

**Hospiz- und Palliativbericht 2017
und 2022**

Karmann, Kliemt, Wende & Plaul, 2018) an und beinhaltet eine Aktualisierung sowie Evaluierung der damals formulierten Handlungsempfehlungen. Anhand von Interviews mit Expert:innen und Leistungserbringer:innen werden die Standorte und demografischen Rahmengeradenheiten der Hospiz- und Palliativversorgung im Freistaat Sachsen analysiert. Übergeordnetes Ziel des Berichtes ist es, eine Grundlage für den flächendeckenden Ausbau entsprechender Versorgungsstrukturen vor allem in ländlichen Regionen zu schaffen. So soll dem 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland Rechnung getragen werden.

Einige unserer studentischen Mitarbeiter:innen setzen sich im Rahmen ihrer Abschlussarbeiten mit pflegerelevanten Forschungsfragen auseinander. Aktuell beschäftigt sich Sandy Scheibe in ihrer Masterarbeit „Digitale Pflegeanwendungen – eine systematische Übersichtsarbeit auf Basis nationaler und internationaler Evidenz“ mit der Wirksamkeit von digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) bei Pflegebedürftigen hinsichtlich definierter patient:innenrelevanter Endpunkte. Lisa Schmiedel nimmt dagegen eine wirtschaftliche Perspektive auf das Thema Pflege ein: Sie schreibt ihre Masterarbeit im Themenbereich „Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung“ und untersucht hierbei die Pflegebürgerversicherung vor dem Hintergrund struktureller Unterschiede zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflege-Pflichtversicherung. Susann Schuppan plant ihre Abschlussarbeit ebenfalls im Bereich Pflege, mit besonderem Schwerpunkt auf der Kommunikation und den sozialen Beziehungen im Pflegekontext. Weitere Abschlussarbeiten mit Bezug zur Pflege befinden sich in Planung.

Das WIG2 betreut derzeit drei Abschlussarbeiten zum Thema Pflege.

Zwei spannende WIG2-Publikationen zum Thema Pflege sind außerdem im Frühjahr dieses Jahres im Handbuch Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement erschienen. Beide werden Ihnen in diesem zwölften Forschungsheft in Form von Kurzberichten vorgestellt. Im ersten Beitrag geben Susann Cathleen Schuppan, Dr. Carsta Militzer-Horstmann, Franziska Stutzer, Lisa Schmiedel und Ron Müller (2022) eine umfassende Übersicht zu den vielfältigen Aspekten der Pflege. Anhand eines sukzessive aufgebauten morphologischen Kastens stecken sie den komplexen und in der Forschung bislang nicht klar definierten Pflegebegriff ab. Der zweite Beitrag, geschrieben von Franziska Stutzer, Dr. Carsta Militzer-Horstmann, Susann Cathleen Schuppan und Dr. Thomas Höpfner (2022), befasst sich mit der fortschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen und in der Pflege. Nach einer theoretischen Fundierung durch aktuelle Forschungsergebnisse zeigen die Autor:innen das große Potenzial innovativer Technologien in beiden Bereichen auf und gehen der Frage nach, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, um dieses Potenzial voll auszuschöpfen. Gleichzeitig werden aber auch Umsetzungsschwierigkeiten aufgezeigt sowie mögliche Lösungsansätze präsentiert.

Die beiden im Handbuch Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement erschienenen Publikationen stellen wir Ihnen in diesem Forschungsbericht vor.

Digitalisierung

Der Beitrag von Stutzer et al. (2022) zeigt, dass es auf dem Weg hin zu einem digitalisierten Gesundheits- und Pflegesystem noch einige Barrieren zu überwinden gilt. Deutlich wird aber auch: Digitale Gesundheitslösungen werden künftig eine zentrale Rolle für die Bewältigung des Fachkräftemangels spielen, da sie

sowohl Ärzt:innen als auch Pflegepersonal erheblich entlasten können. Dies erkannte auch der Gesetzgeber und beschloss daher Ende 2019 das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG), welches die Implementierung und Etablierung innovativer Gesundheitslösungen in der erstattungsfähigen Regelversorgung zum Ziel hat.

Mit dem DVG war auch der Boden für sogenannte Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) bereitet. Dabei handelt es sich um Software, oft in Gestalt von Smartphone-Apps, die Patient:innen dabei helfen soll, Krankheiten zu erkennen, zu beobachten, zu behandeln oder zu lindern (BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2022a). DiGAs werden von dem/:/der behandelnden Arzt/:/Ärztin oder dem/:/der Psychotherapeuten/:/-therapeutin verordnet und die Kosten von der zuständigen Krankenkasse übernommen. Zum Einsatz kommen die Anwendungen in den verschiedensten Bereichen des Gesundheitswesens, wie z. B. in der Diabetologie, Kardiologie, Logopädie, Psychotherapie oder der Physiotherapie (BMG, 2022).

Bevor DiGAs von Patient:innen genutzt werden können, müssen sie ein aufwendiges Prüfverfahren beim BfArM durchlaufen, das den positiven Versorgungseffekt der Innovation sicherstellt (BfArM, 2022b). Das WIG2 Institut hat es sich zur Aufgabe gemacht, (angehende) Hersteller von DiGAs in diesem Prozess zu unterstützen, indem es ihnen über den gesamten Prüfzeitraum hinweg als qualifizierte, herstellerunabhängige Institution mit wissenschaftlichen Analyse- und Beratungsleistungen zur Seite steht. Auf diese Weise begleitete das Team des WIG2 Instituts bereits eine DiGA erfolgreich auf ihrem Antragsweg bis hin zur Listung ins DiGA-Verzeichnis des BfArM (WIG2 Institut, o. J.). Acht weitere abgeschlossene oder laufende DiGA-Evaluationsprojekte zeigen, dass sich das WIG2 in den letzten Jahren erfolgreich im DiGA-Bereich etablieren konnte.

Künftig soll dieser Bereich im WIG2 Institut erweitert und sich auch auf den Bereich der Digitalen Pflegeanwendungen (DiPAs) erstrecken. Im Anschluss an das DVG schuf das Digitale-Versorgungs-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) zusätzlich einen Anspruch pflegebedürftiger Personen auf Versorgung mit speziell auf ihre Bedürfnisse ausgerichteten digitalen Anwendungen. DiPAs sollen bspw. Pflegebedürftige, die im häuslichen Umfeld leben, dabei unterstützen, ihren Gesundheitszustand mithilfe von Übungen zu optimieren (z. B. personalisierte Gedächtnisspiele für Demenzerkrankte) oder die Kommunikation mit Angehörigen und Pflegefachkräften verbessern (BfArM, 2022c). Inwiefern DiPAs einen tatsächlichen pflegerischen bzw. individuellen Nutzen entfalten und wie hoch ihre Wirksamkeit in bestimmten Patient:innenkollektiven ist, darüber dürfte die Masterarbeit unserer studentischen Mitarbeiterin Sandy Scheibe Ende dieses Jahres interessante Aufschlüsse geben.

DiPAs versprechen mehr Unabhängigkeit für Pflegebedürftige und Entlastung für Pflegenden – in den nächsten Monaten wird sich das WIG2 Institut der Erforschung und Entwicklung dieser Potenziale widmen, unter anderem in der Begleitung von qualitativ hochwertigen DiPAs auf dem Weg in die Regelversorgung und schließlich zum/:/zur einzelnen Patienten/:/Patientin.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs)

Das WIG2 begleitet DiGA-Hersteller unterstützend entlang des gesamten Fast-Track-Prüfverfahrens.

Digitale Pflegeanwendungen (DiPAs)

Nicht nur im DiGA-, sondern auch im DiPA-Bereich sehen wir spannende Entwicklungsmöglichkeiten.

Ausblick und Intro zum Heft

Mit Blick auf die vorausgehenden Seiten kann festgestellt werden: Die Versorgungslücke in der Pflege ist bereits Realität. Soll sie zukünftig abgemildert oder geschlossen werden, muss der Pflegebereich noch stärker in den Fokus der Wissenschaft rücken – dezidierte Versorgungs- und Pflegeforschung sind von grundlegender Bedeutung, um die Potenziale technologischer Innovationen auszunutzen und die Pflegepraxis zielgerichtet weiterzuentwickeln. Dieser Forschungsbericht setzt einen Startschuss und enthält vier Publikationen, welche sich jeweils unterschiedlichen Gesichtspunkten der Pflege widmen:

Im Anschluss an das vorliegende Editorial beginnt Heft 12 mit dem Kurzbericht zum Beitrag von Schuppann et al. (2022), der eine Übersicht zu den diversen Aspekten der Pflege gibt und durch Begriffsdefinitionen zunächst eine einheitliche Verständnisgrundlage schafft. Anschließend betrachtet der zweite Kurzbericht von Stutzer et al. (2022) das Thema Digitalisierung in der Pflege und im Gesundheitswesen. Lisa Schmiedel (2022) beschäftigt sich in ihrer Publikation mit der ökonomischen Perspektive der Pflege und der Frage, wie tragfähig die Finanzierung von Pflegeleistungen in Deutschland vor dem Hintergrund aktueller Herausforderungen ist. Abschließend vertieft der Beitrag von Susann Schuppann (2022) die im ersten Kurzbericht differenzierten Pflegeaspekte und konzentriert sich dabei insbesondere auf den Bereich der professionellen Pflege.

Heft 12: Inhalte

Allen Autor:innen der hier gesammelten Beiträge möchten wir Danke sagen für so viele großartige Projekte. Für uns gilt aber auch: Nach dem Forschungsbericht ist vor dem Forschungsbericht! Damit wir Ihnen in den nächsten Ausgaben wieder spannende Publikationen zur Thematik präsentieren können, werden sich unsere Mitarbeiter:innen weiterhin im Rahmen von Studien, Projekten und Gutachten mit pflegerelevanten Fragestellungen befassen. Insbesondere in Bezug auf DiGAs bzw. DiPAs sowie die Finanzierung der Pflege bestehen derzeit noch offene Fragen, mit denen wir uns in den kommenden Monaten intensiv auseinandersetzen möchten. Dafür stehen spannende Arbeitsphasen mit unseren bestehenden und zukünftigen Kooperationspartnern bevor. Für entsprechende Anfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Weitere Projekte zum Thema Pflege sind geplant.

Paula, Luise, Franziska und Carsta

Team Wissenschaftliche Entwicklung

Literaturverzeichnis

- Agor, K., Knieps, F. & Hartweg, H.-R. (Hrsg.). (2022). *Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.). (2022). *DiGA-Verzeichnis. NichtraucherHelden-App*. Online: <<https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/1085>> (abgerufen am 28.09.2022).
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.). (2022a). *Digitale Gesundheitsanwendungen*. Online: <https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Aufgaben/DiGA-und-DiPA/DiGA/_node.html> (abgerufen am 03.08.2022).
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.). (2022b). *Das Fast-Track-Verfahren für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 139e SGB V. Ein Leitfaden für Hersteller, Leistungserbringer und Anwender. Version 3.1 vom 18.03.2022*. Online: <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medizinprodukte/diga_leitfaden.pdf?__blob=publicationFile> (abgerufen am 03.08.2022).
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.). (2022c). *Digitale Pflegeanwendungen*. Online: <https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Aufgaben/DiGA-und-DiPA/DiPA/_node.html> (abgerufen am 03.08.2022).
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2022). *Informationen für pflegende Angehörige*. Online: <<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/corona-pandemie/informationen-fuer-pflegende-angehoerige/informationen-fuer-pflegende-angehoerige-154794>> (abgerufen am 02.08.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021). *Siebter Pflegebericht. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berichtszeitraum: 2016–2019*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten/pflegeberichte.html>> (abgerufen am 02.08.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022). *Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/arznei-heil-und-hilfsmittel/digitale-gesundheitsanwendungen.html>> (abgerufen am 03.08.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022). *Mehr Pflegebedürftige*. Online: <<https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html>> (abgerufen am 02.08.2022).
- DIHK – Deutscher Industrie- und Handelskammertag (Hrsg.). (2022). *DIHK-Gesundheitsreport 2022*. Online: <<https://www.dihk.de/de/themen-und-positionen/wirtschaftspolitik/gesundheitswirtschaft/fachkraeftemangel-und-kostendruck-setzen-gesundheitswirtschaft-weiterhin-zu--68364>> (abgerufen am 02.08.2022).
- DVG – Digitale-Versorgung-Gesetz. *BGBl. I, 2019(49)*, S. 2562.
- DVPMG – Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege vom 03.06.202. *BGBl.*, 2021(28), S. 1309. Online: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//*%5B@attr_id=%27bgbl121s1309.pdf%27%5D#__bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl121s1309.pdf%27%5D__1659519417563> (abgerufen am 03.08.2022).
- gesund.bund.de (Hrsg.). (2022). *Psychische und körperliche Belastung bei pflegenden Angehörigen*. Online: <<https://gesund.bund.de/belastungen-pflegende-angehoerige#praktische-unterstuetzung>> (abgerufen am 28.09.2022).

- GKV-VSG – Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 16.07.2015. *BGBl.*, 2015(30), S. 1211. Online: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1211.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1211.pdf%27%5D__1659452834282> (abgerufen am 02.08.2022).
- GVWG – Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vom 11.07.2021. *BGBl.*, 2021(44), S. 2754. Online: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl121s2754.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl121s2754.pdf%27%5D__1659437006055> (abgerufen am 02.08.2022).
- Häckl, D., Kossack, N. & Schoenfelder, T. (2021). Prävalenz, Kosten der Versorgung und Formen des dialysepflichtigen chronischen Nierenversagens in Deutschland: Vergleich der Dialyseversorgung innerhalb und außerhalb stationärer Pflegeeinrichtungen. *Das Gesundheitswesen*, 83(10), S. 818–828. (Originaltitel „Prevalence, Costs of Medical Treatment and Modalities of Dialysis-dependent Chronic Renal Failure in Germany: Comparison of Dialysis Care of Nursing Home Residents and in Outpatient Units“). DOI: <<https://doi.org/10.1055/a-1330-7152>>.
- Hamm, A., Stutzer, F., Militzer-Horstmann, C., Schäffer, T., Weinhold, I. & Höpfner, T. (2022). Innovationen im Gesundheitswesen – Ziele, Statistiken und Analysen zum Innovationsfonds. Veröffentlichung in Vorbereitung.
- Hans Böckler Stiftung (Hrsg.). (2022). *Arbeitsbedingungen in der Pflege*. Online: <<https://www.boeckler.de/de/auf-einen-blick-17945-zahlen-und-studien-zum-pflegenotstand-und-wege-hinaus-17962.htm>> (abgerufen am 02.08.2022).
- Lintener, H. (2019). Die Potenziale und Barrieren der assistierten Heimdialyse im Setting der stationären Altenpflege in Deutschland. Bachelorarbeit an der Hochschule Fulda im Fachbereich Pflege und Gesundheit, Studiengang Gesundheitsökonomie und -politik. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2019(3), S. 35–95. Online: <<https://www.wig2.de/publikationsreihe/forschungsberichte-heft-3.html>> (abgerufen am 07.12.2021).
- Pflegebonusgesetz – Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen vom 28.06.2022. *BGBl.*, 2022(21), S. 938. Online: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=%2F%2F%2A%5B%40attr_id=%27bgbl122s0938.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl122s0938.pdf%27%5D__1659436912860> (abgerufen am 02.08.2022).
- 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).
- Schmiedel, L. (2022). Die Finanzierung des Pflegesystems. Entwicklung, Prognosen und Reformoptionen. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2022(12).
- Schuppan, S. C., Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F., Müller, R. & Schmiedel, L. (2022). Pflege in Deutschland – Begriffliche Einordnung. In: K. Agor, F. Knieps & H.-R. Hartweg (Hrsg.). *Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Seyda, S., Köppen, R. & Hickmann, H. (2021). *Pflegeberufe besonders vom Fachkräftemangel betroffen*. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) (Hrsg.). Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung (KOFA).
- Stutzer, F., Militzer-Horstmann, C., Schuppan, S. C. & Höpfner, T. (2022). Digitale Gesundheitsanwendungen – Chancen, Voraussetzungen und Hemmnisse der Digitalisierung in der Pflege. In: K. Agor, F. Knieps & H.-R. Hartweg (Hrsg.). *Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Teigeler, B. (2013). „*Gute Pflegeforschung rechnet sich in jedem Fall*“. Online: <<https://www.bibliomed-pflege.de/sp/artikel/31069-gute-pflegeforschung-rechnet-sich-in-jedem-fall>> (abgerufen am 02.08.2022).

Weinhold, I., Claus, F., Karmann, A., Kliemt, R., Wende, D. & Plaul, C. (2018). *Hospizstudie 2017: Standorte und demografische Rahmenbedingungen zur Hospiz- und Palliativversorgung im Freistaat Sachsen*. Gutachten im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz. Online: <<https://www.pflegenetz.sachsen.de/download/Hospizstudie2017.pdf>> (abgerufen am 21.01.2022).

WIG2 Institut (Hrsg.). (o. J.). *Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)*. Online: <<https://www.wig2.de/diga.html>> (abgerufen am 03.08.2022).

Kurzbericht

Begriffliche Einordnung der Pflege und Pflegeleistungen in Deutschland

Kurzbericht eines Fachbeitrags

Autor:innen

Susann Cathleen Schuppann
Carsta Militzer-Horstmann
Franziska Stutzer
Ron Müller
Lisa Schmiedel

Eingereicht am

30.09.2021

Zitervorschlag

Schuppann, S. C., Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F., Müller, R. & Schmiedel, L. (2022). Begriffliche Einordnung der Pflege und Pflegeleistungen in Deutschland. Kurzbericht eines Fachbeitrags. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2022(12).

Spätestens seit Ausbruch der Coronapandemie gehören Pflege und die damit verbundenen Pflegeleistungen zu den „Hot Topics“ der gesellschaftlichen und politischen Debatte in Deutschland. Auch die Auswirkungen des demografischen Wandels – zunehmende Multimorbidität, steigende Lebenserwartung u. ä. – tragen aktuell zur hohen Relevanz des Themas im öffentlichen Diskurs bei. Gleichzeitig handelt es sich beim Bereich der Pflege um einen ebenso spannenden wie komplexen Forschungszeitung. In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Gegenstand fehlt es jedoch bislang an einer klaren Definition des Pflegebegriffs. Der Beitrag von Susann Cathleen Schuppann, Dr. Carsta Militzer-Horstmann, Franziska Stutzer, Ron Müller und Lisa Schmiedel im Handbuch Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement setzt an dieser Lücke an. Ziel ist es, relevante Aspekte der Pflege in Deutschland zu differenzieren und so ein einheitliches Verständnis für den Pflegebegriff zu schaffen.



Susann Cathleen Schuppann
Junior Wissenschaftliche Mitarbeiterin



Dr. Carsta Militzer-Horstmann
Bereichsleiterin
Wissenschaftliche Entwicklung



Franziska Stutzer
Wissenschaftliche Mitarbeiterin



Ron Müller
Senior Wissenschaftlicher Mitarbeiter



Lisa Schmiedel
Junior Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Methodik

Um dies zu erreichen, entschieden sich Schuppann et al. für die Erarbeitung eines morphologischen Kastens. Diese Methode erlaubt es, wesentliche Merkmale der Pflege sowie deren entsprechende Ausprägungen zu differenzieren. Dadurch ist es letztlich möglich, jede gegenwärtige Situation einer pflegebedürftigen Person (= individuelles Pflegesetting) zu beschreiben. Die Merkmale werden in die vier übergeordneten Bereiche „Pflegebedürftige Person“, „Pflegekontext“, „Durchführung der Pflege“ und „Ausgabenträger“ geclustert. Die Kapitel des Beitrags beinhalten detaillierte Beschreibungen eines jeden Merkmals und dessen verschiedener Ausprägungen. Auf diese Weise bauen die Autor:innen sukzessive die einzelnen Zeilen des morphologischen Kastens auf. Abschließend wird der morphologische Kasten gesamthaft abgebildet und zur Veranschaulichung auf die individuellen Pflegesettings dreier Fallbeispiele angewandt.

Ergebnis

Ein morphologische Kasten (Abbildung 1) wird zeilenweise gelesen. Jede Zeile beinhaltet ein relevantes Merkmal von Pflege in Deutschland (innerhalb eines der vier oben beschriebenen Bereiche) sowie dessen verschiedene Ausprägungen. Um mit dem morphologischen Kasten ein individuelles Pflegesetting darzustellen, wird für jedes Merkmal eine passende Ausprägung gewählt, wie im Folgenden anhand eines Fallbeispiels erläutert.

Merkmal		Ausprägung											
Pflegebedürftige Person	Alter	Bis einschl. 18. Lebensmonat (Früh-/Neugeborene/Säuglinge/Kleinkinder)			19. Lebensmonat bis einschl. 18. Lebensjahr (Kinder/Jugendliche)		19. bis einschl. 65. Lebensjahr (erwerbstätiges Alter)		66. bis einschl. 80. Lebensjahr (junges Alter)		Ab 81. Lebensjahr (hohes Alter)		
	Pflegebedürftigkeit	Kein Pflegegrad		Pflegegrad 1		Pflegegrad 2		Pflegegrad 3		Pflegegrad 4		Pflegegrad 5	
Pflegekontext	Dauer	Bis einschl. 4 Wochen		Über 4 bis 6 Wochen		Über 6 bis 8 Wochen		Über 8 Wochen bis 6 Monate		Dauerhaft (über 6 Monate)			
	Intensität	Bis einschl. 7 Wochenstunden		Über 7 bis 21 Wochenstunden		Über 21 bis 42 Wochenstunden		Über 42 bis 60 Wochenstunden		Über 60 bis 84 Wochenstunden		Über 84 bis 168 Wochenstunden	
	Tätigkeit	Grundpflege		Pflegerische Betreuung		Behandlungspflege		Mischform		Weitere			
	Art der Versorgung	Vollstationär				Teilstationär				Ambulant			
Durchführung der Pflege	Besondere Situation	Kurzzeitpflege		Verhinderungspflege		Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V		Weitere		Keine			
	Professionalisierungsgrad	Informelle Pflege				Professionelle Pflege				Mischform			
	Ort der Versorgung	Häusliche Umgebung			Stationäre Umgebung				Tages-/Nachtpflegeeinrichtung		Mischform		Weitere
Ausgabenträger	Ausgabenträger	Soziale Pflegeversicherung	GKV	Priv. Haushalte/Priv. Org. ohne Erwerbszweck	Öffentliche Haushalte	PKV/priv. Pflegeversicherung	Arbeitgeber	Gesetzl. Unfallversicherung	Gesetzl. Rentenversicherung	Mischform			

Abbildung 1: Morphologischer Kasten als Überblick zur Pflege in Deutschland

Quelle: Eigene Darstellung, aus Schuppann et al. (2022, S. 24)

Im Fallbeispiel wird das individuelle Pflegesetting eines Frühgeborenen der vollendeten 27. Schwangerschaftswoche mit geringem Geburtsgewicht und nicht voll ausgebildeten Organfunktionen betrachtet. Die Dauer der Pflegebedürftigkeit ist begrenzt, daher liegt kein Pflegegrad vor. Je nach Verlauf der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Behandlung beläuft sich der Aufenthalt in einem Krankenhaus auf einer spezialisierten Intensivstation der Kinder und Jugendmedizin (Neonatologie) auf 8 bis 12 Wochen (ausgedrückt im morphologischen Kasten mit der Ausprägung 8 Wochen bis 6 Monate). Das Frühgeborene wird

vollstationär mit einem kontinuierlichen Pflegebedarf (bis 168 Wochenstunden) durch professionell Pflegende versorgt, die alle Tätigkeitsbereiche der Grundpflege, Behandlungspflege und pflegerischer Betreuung übernehmen (Mischform). Eine besondere Situation liegt in diesem Fallbeispiel nicht vor (keine). Leistungserbringer ist die stationäre Einrichtung, welche auch den Versorgungsort bestimmt (Krankenhaus). Die Finanzierung erfolgt durch die GKV.

Mit der Erstellung eines morphologischen Kastens gelang es Schuppann et al., den in der wissenschaftlichen Forschung bislang unpräzise bestimmten Pflegebegriff definitorisch einzuordnen. Die angewandte Methode ermöglicht ein besseres Verständnis für die zahlreichen Aspekte der Pflege und bietet einen praxisorientierten Überblick über mögliche Pflegesettings. Dank seiner komplexitätsreduzierenden Form ist der erarbeitete morphologische Kasten vielfältig einsetzbar, so beispielsweise in der wissenschaftlichen Forschung, in der (berufs-)praktischen Anwendung oder bei politischen Entscheidungsfindungen. Die Autor:innen betonen allerdings die Notwendigkeit, sich in der wissenschaftlichen Praxis weiterhin konstruktiv mit dem Thema Pflege auseinanderzusetzen und regen in dem Zusammenhang insbesondere die dezidierte Erhebung statistischer Daten zu den verschiedenen Ausprägungen an. Der erstellte morphologische Kasten kann hierzu als Grundlage dienen und von künftiger Forschung weiterentwickelt werden. Ergänzungsbedarf könnte zum Beispiel mit Blick auf die zunehmende Bedeutung innovativer Technologien im Pflegebereich bestehen. Digitale Lösungen können grundsätzlich zur Verbesserung des gesundheitlichen Zustands bzw. zur Minimierung des Pflegebedarfs beitragen und somit Dauer und Intensität der Pflege verkürzen – entsprechende Modellprojekte zur Erprobung dieses Potenzials wurden in Teilen Deutschlands bereits angestoßen. Inwiefern sich die fortschreitende Digitalisierung auf die Pflege im Gesamten sowie auf individuelle Pflegesettings langfristig auswirken wird, bleibt jedoch weiter abzuwarten.

Zusammenfassung und Ausblick

Kurzbericht verfasst von Paula Seidl

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 Fachmedien. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31244-2_78-1>.

Literaturhinweis

Kurzbericht

Digitale Gesundheits- und Pflegeanwendungen – Chancen, Voraussetzungen und Hemmnisse der Digitalisierung in der Pflege

Kurzbericht eines Fachbeitrags

Autor:innen

Franziska Stutzer
Carsta Militzer-Horstmann
Susann Cathleen Schuppann
Thomas Höpfner

Eingereicht am

19.08.2021

Zitiervorschlag

Stutzer, F., Militzer-Horstmann, C., Schuppann, S. C., Höpfner, T. (2022). Digitale Gesundheits- und Pflegeanwendungen – Chancen, Voraussetzungen und Hemmnisse der Digitalisierung in der Pflege. Kurzbericht eines Fachbeitrags. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2022(12).

Motiviert durch aktuelle Gesetzesinitiativen für ein digitalisiertes Gesundheitssystem befasst sich der Beitrag im beim Springer Verlag erschienenen Sammelband „Krankenkassen und Pflegekassenmanagement“, herausgegeben von Hans-R. Hartweg, Franz Knieps und Karin Agor, mit den Chancen, Voraussetzungen und Hemmnissen der Digitalisierung in der Pflege. Dieser Bereich erfuhr einerseits verstärkt öffentliche Aufmerksamkeit durch die Coronapandemie, welche den Fachkräftemangel und die schwierigen Arbeitsumstände unterstrich. Andererseits besteht eine für die Forschung interessante Diskussionsbasis im Konflikt der persönlichen menschlichen Nähe mit möglichen Entlastungen durch digitale Lösungen. Entsprechend betrachtet der im vorliegenden Kurzbericht zusammengefasste und in seinen Inhalten erweiterte Beitrag verschiedene Facetten eines digitalisierten Pflegesystems – darunter soziale und technische Faktoren – und formuliert Anregungen, wie bestehenden Herausforderungen begegnet werden könnte.



Franziska Stutzer
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin



Dr. Carsta Militzer-Horstmann
Bereichleiterin
Wissenschaftliche
Entwicklung



Susann Schuppann
Junior Wissen-
schaftliche
Mitarbeiterin



Dr. Thomas Höpfner
Geschäftsführer
WIG2 Institut

Methode

Der Literaturbeitrag von Franziska Stutzer, Dr. Carsta Militzer-Horstmann, Susann Cathleen Schuppan und Dr. Thomas Höpfner verfolgt das Ziel, einen Überblick über die Digitalisierung des Gesundheitswesens und der Pflege in Deutschland zu geben. Hierfür werden zuerst wichtige Begriffe in einer grafischen Darstellung herausgearbeitet, der aktuelle Forschungsstand der fortschreitenden Digitalisierung und ihrer Potenziale präsentiert und Formen digitaler Gesundheits- und Pflegeanwendungen für den ambulanten Bereich vorgestellt. Als technische Anwendungen sind im deutschen Raum DiGAs und DiPAs zu nennen. Die nachfolgende Tabelle 1 bietet eine Übersicht über diese beiden Begrifflichkeiten und setzt sich dabei mit der inhaltlichen Abgrenzung der DiGAs von den DiPAs auseinander.

Tabelle 1: Übersicht zu Abgrenzungskriterien von DiGAs und DiPAs

Quelle: Eigene Darstellung

	DiGA	DiPA
Gesetzliche Grundlage	<ul style="list-style-type: none"> Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) § 33a SGB V; § 139e SGB V 	<ul style="list-style-type: none"> Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVGPMG) § 40a SGB XI
Definition und Anwendungsbereich	Digitale Medizinprodukte, die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Krankheiten, Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (§ 33a Abs. 1 SGB V)	Digitale Anwendungen, die genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der/des Pflegebedürftigen zu mindern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken (§ 40a Abs. 1 SGB XI)
System	Software auf persönlichem Endgerät. Kann an externe Hardware (Sensoren, Messgeräte) gekoppelt sein (BfArM, 2020, S. 13)	Reine Softwareanwendung auf Endgerät, Abgrenzung zum (digitalisierten) Pflegehilfsmittel (Deutscher Bundestag, 2021, S. 143)
Zweck	Indikationsbezogen (BfArM, 2020, S. 8)	Spezifische oder unspezifische Pflegesituation (Deutscher Bundestag, 2021, S. 143)
Primärprävention	Nein (BfArM, 2020, S. 22)	Ja (Deutscher Bundestag, 2021, S. 89)
Zielgruppe	Patient:innen, ggf. unterstützt (BfArM, 2020, S. 82)	Pflegebedürftige, informell und professionell Pflegenden (Deutscher Bundestag, 2021, S. 143)
Leistungsanspruch	<ul style="list-style-type: none"> Wenn im Verzeichnis beim BfArM gelistet Medizinische Indikation durch ärztl./psychotherapeutische Verordnung oder Genehmigung der Krankenkasse (§ 33a Abs. 1 SGB V) 	<ul style="list-style-type: none"> Wenn im Verzeichnis beim BfArM gelistet Auf Antrag der/des Pflegebedürftigen bei der Pflegekasse (§ 40a Abs. 2 SGB XI)
Kosten/Erstattung	Kosten pro DiGA verhandelbar (Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit Hersteller; § 134 Abs. 1 und 4 SGB V). Keine Kostengrenze pro Versicherte:m	50 EUR/Monat pro pflegebedürftiger Person (§ 40b SGB XI)

Weiterhin werden die Stärken und Schwächen sowie die Chancen und Risiken für die Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegebereich definiert. Hierbei findet die Methodik der SWOT-Analyse Anwendung, um neben den Stärken der Digitalisierung auch die Möglichkeit der Verbesserung von bestehenden Schwierigkeiten – durch das Entgegenwirken von Risiken und einer zeitgleichen Nutzung von Chancen als auch Potenzialen – diskutieren zu können.

Ergebnisse

In einer breiten Perspektive werden über den Gesundheits- und Pflegebereich hinaus auch soziale und technische Aspekte betrachtet. Die Verfasser:innen kamen zu dem Ergebnis, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen und in der Pflege nicht nur zu einer Entlastung für die Pflegekräfte – durch die Entbürokratisierung und den Wegfall von überwachungspflichtigen Aufgaben – führt, sondern auch die Versorgungsqualität der Patient:innen sowie Pflegebedürftigen verbessern kann. So ist einerseits mehr Zeit für die eigentliche pflegerische Betreuung gegeben und andererseits wird sektorenübergreifend die Kommunikation aller Beteiligten durch einen vereinfachten Datenaustausch gestärkt, sodass die Vernetzung medizinischer und pflegerischer Angebote stattfinden kann. Aus diesem Grund ist im Rahmen der Digitalisierung nicht nur die Betrachtung der Pflege durch die professionell tätigen Pflegenden notwendig, sondern ebenso die Berücksichtigung der Laienpflegekräfte und der Patient:innen.

Zeitgleich sind Problemstellungen zu adressieren, für die Lösungsansätze durch unterschiedliche Akteur:innen aus der Politik, Forschung oder auch der Praxis gefunden werden können. Hierzu gehören die Umstellungen und Organisation von Arbeitsprozessen, welche einen gewissen Aufwand mit sich bringen und von allen beteiligten Akteur:innen Akzeptanz und Bereitschaft voraussetzen. Des Weiteren ist das Kosten-Nutzenverhältnis aktuell schwer einschätzbar. Aus der Gesundheitsökonomie sind hierbei jedoch Forschungsansätze zu erwarten, mit denen sich der aus den Stärken ergebende Nutzen den Kosten gegenüberstellen kann. Ein weiteres Problem stellen die z. T. mangelnden Fähigkeiten im Umgang mit Technologien dar, wovon v. a. ältere Personen betroffen sind. Aufgrund der alternden Bevölkerung und der Zunahme der Pflegebedürftigkeit im Alter ist eine zielgruppenorientierte Aufklärung und Informationsweitergabe von besonderer Bedeutung, um einer geringeren Bereitschaft durch fehlende Kenntnisse und Erfahrungen entgegenzutreten zu können. Mit der Optimierung von Anwendungen und Schnittstellen wäre es außerdem möglich, etwaige Risiken von Ausfällen oder auch Datenschutzbedenken zu mindern und gleichzeitig unterschiedliche Bedürfnisse im Umgang mit digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen zu berücksichtigen.

Die Entfaltung der Stärken und Chancen der Digitalisierung im Gesundheitswesen und in der Pflege können somit nicht nur die Qualität der Versorgung verbessern, sondern auch mehr Effizienz und eine Arbeitserleichterung der Pflegenden ermöglichen.

Der Beitrag zeigt die zunehmende Relevanz der Digitalisierung im Gesundheitswesen und in der Pflege auf. Auch der Bund sieht die Digitalisierung als zentrale Lösungsstrategie für die Bekämpfung des Fachkräftemangels in der Pflege und des demografischen Wandels an. Durch diesen positiven Einfluss erfahren die Förderung sowie die Berücksichtigung digitaler Gesundheits- und Pflegeanwendungen in der Leistungserbringung politischen Rückhalt. Weitere Impulse sind jedoch künftig notwendig. Dieser Beitrag liefert Ideen, um die Umsetzung der Digitalisierung weiter voranbringen zu können.

Zusammenfassung & Ausblick

Kurzbericht verfasst von Luise Seile

Literaturhinweise

- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.). (2020). *Das Fast-Track-Verfahren für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 139e SGB V. Ein Leitfaden für Hersteller, Leistungserbringer und Anwender*. Online: <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Beratungsverfahren/DiGA-Leitfaden.pdf?__blob=publicationFile> (abgerufen am 28.09.2021).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2021). *Entwurf eines Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz – DVPMG)*. (Drucksache, 19/27652). Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/D/DVPMG_BT_bf.pdf> (abgerufen am 28.09.2021).
- Stutzer, F., Militzer-Horstmann, C., Schuppan, S. C. & Höpfner, T. (2022). Digitale Gesundheitsanwendungen – Chancen, Voraussetzungen und Hemmnisse der Digitalisierung in der Pflege. In: K. Agor, F. Knieps & H.-R. Hartweg (Hrsg.). *Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31244-2_79-1>.

Originalarbeit

Die Finanzierung des Pflegesystems

Entwicklung, Prognosen und Reformoptionen

Autorin

Lisa Schmiedel

Eingereicht am

10.09.2022

Zitiervorschlag

Schmiedel, L. (2022). Die Finanzierung des Pflegesystems. Entwicklung, Prognosen und Reformoptionen. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2022(12).

Abstract

In Deutschland sind unterschiedliche Ausgabenträger für die Finanzierung von Pflegeleistungen zuständig, wobei die gesetzliche Pflegeversicherung den größten Ausgabenanteil übernimmt. Allerdings gibt es Herausforderungen, wie die steigende Zahl pflegebedürftiger Personen, u. a. bedingt durch den demografischen Wandel, und soziokulturelle Trends in der Gesellschaft, die zu einer stärkeren Nachfrage in Richtung vollstationärer und professioneller Pflege führen. Nicht nur diese Umstände sorgen für höhere Ausgaben, sondern auch die Notwendigkeit einer höheren Pflegepersonalausstattung. Aus diesem Grund sind eine Erhöhung der Beiträge der gesetzlichen Pflegeversicherung und/oder die Einschränkung von Pflegeleistung, wodurch der zu finanzierende Eigenanteil steigen würde, unumgänglich. Fraglich ist somit, inwieweit die Zukunftstauglichkeit des Finanzierungssystems der Pflege gewährleistet ist. Die vorliegende Arbeit geht daher sowohl auf die vergangene als auch prognostizierte Entwicklung der Finanzsituation sowie der Zahl der Pflegebedürftigen ein. Angesichts der langfristigen Tragfähigkeit der Finanzierung des Pflegesystems und der Verhinderung des Absinkens des realen Pflegeversicherungsleistungsniveaus sowie starker Beitragssatz- bzw. Prämienanstiege scheint eine Reform schließlich unausweichlich.

Keywords

Gesundheitsökonomie, Pflegesystem, Reformoptionen, Pflegebedürftigkeit, Pflegeversicherung, Finanzierungssystem, Pflegeleistungen, Pflegebürgerversicherung, Beitragssatz



Lisa Schmiedel
Junior Wissen-
schaftliche
Mitarbeiterin

Gliederung

1	Einleitung	29
1.1	Hintergrund	29
1.2	Datengrundlage und Vorgehen	30
2	Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen	32
3	Ausgaben für pflegerische Leistungen nach Ausgabenträger	36
3.1	Überblick der Lastenverteilung 2020	36
3.2	Entwicklung der Lastenverteilung der Ausgabenträger	37
4	Finanzentwicklung einzelner Ausgabenträger	43
4.1	Soziale Pflegeversicherung	43
4.2	Private Pflege-Pflichtversicherung	47
4.3	Durchschnittliche finanzielle Belastung der Versicherten in stationärer Pflege	50
4.4	Hilfe zur Pflege	51
5	Die prognostizierte Zukunft des sozialen Pflegeversicherungssystems	53
5.1	Prognosen zur Anzahl der Pflegebedürftigen	53
5.2	Prognosen zur Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung	54
6	Ansatzpunkte und Reformoptionen für ein nachhaltiges Finanzierungssystem	56
7	Fazit	62
	Literaturverzeichnis	64
	Forschungsliteratur und Quellen	64
	Rechtsquellen	71

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitliche Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen (Primärachse) und der Pflegequote (Sekundärachse)	35
Abbildung 2: Zweijährliche Änderung der Anzahl der Pflegebedürftigen (Primärachse) und der Pflegequote (Sekundärachse)	35
Abbildung 3: Ausgaben für pflegerische Leistungen im Jahr 2020 nach Ausgabenträgern	37
Abbildung 4: Entwicklung der Anteile der Ausgabenträger an den Ausgaben für pflegerische Leistungen	40
Abbildung 5: Änderungen der (prozentualen) Anteile der Ausgabenträger (in Prozentpunkten) zum Vorjahr	41
Abbildung 6: Änderung der Ausgaben für pflegerische Leistungen zum Vorjahr (in %)	42
Abbildung 7: Finanzentwicklung der SPV in Mrd. EUR	46
Abbildung 8: Entwicklung des Beitragssatzes und Beitragszuschlages für Kinderlose der SPV	47
Abbildung 9: Finanzentwicklung der PPV in Mrd. EUR	49
Abbildung 10: Entwicklung der durchschnittlichen finanziellen Belastungen eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in EUR pro Monat	50
Abbildung 11: Entwicklung der Empfänger:innen und der Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege	52
Abbildung 12: Überblick der Reformoptionen	57

Abkürzungsverzeichnis

BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSAG	Pflegeversicherungs-Beitragssatzanpassungsgesetz
Destatis	Statistisches Bundesamt
DiPAs	Digitale Pflegeanwendungen
EEE	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil
GAR	Gesundheitsausgabenrechnung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPV	Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen
GPVG	Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz
IAQ	Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen
IW	Institut der deutschen Wirtschaft
KiBG	Kinder-Berücksichtigungsgesetz
KVB	Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
PBeaKK	Postbeamtenkrankenkasse
PKV	Private Krankenversicherung
PKV-Verband	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PflegeVG	Pflege-Versicherungsgesetz
PKEV	Pandemiekosten-Erstattungsverordnung
PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz
PPV	Private Pflege-Pflichtversicherung
PSG I	Erstes Pflegestärkungsgesetz
PSG II	Zweites Pflegestärkungsgesetz
SGB XI	Elftes Buch des Sozialgesetzbuches
SGB XII	Zwölftes Buch des Sozialgesetzbuches
SPV	Soziale Pflegeversicherung
TK	Techniker Krankenkasse
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Die Finanzierung der Ausgaben für pflegerische Leistungen erfolgt in Deutschland durch unterschiedliche Ausgabenträger, wobei die gesetzliche Pflegeversicherung den größten Anteil der Ausgaben trägt. Die Pflegeversicherung ist die jüngste von insgesamt fünf Säulen des deutschen Sozialversicherungssystems. Nach zwei Vermittlungsverfahren zwischen Bundestag und Bundesrat wurde das Pflegeversicherungsgesetz (PfleVG) im Jahr 1994 verabschiedet. Daraufhin wurde zum 01.01.1995 die gesetzliche Pflegeversicherung mit dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt. Dem Gesetzesbeschluss ging ein langjähriger Diskussionsprozess voraus, der sich in der kontinuierlichen Weiterentwicklung des SGB XI fortsetzt. Mit der Einführung der Versicherungspflicht gegen das Pflegebedürftigkeitsrisiko wurde das Ziel verfolgt, die Situation Pflegebedürftiger und deren Angehörigen nachhaltig zu verbessern, die pflegerische Versorgung auszubauen und die finanziellen sowie sozialen Auswirkungen des Pflegerisikos abzumildern (BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2021c, S. 10). Hinsichtlich der Ausgabenträger wurden eine Reduktion der finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen und der *gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)* angestrebt. Zudem sollten eine Verringerung der Zahl der Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege und damit der Sozialhilfeausgaben erzielt werden, um die *öffentlichen Haushalte* finanziell zu entlasten (Deutscher Bundestag, 1997, S. 8–9.; Gaertner, 2020, S. 62). Die gesetzliche Pflegeversicherung setzt sich aus der *sozialen Pflegeversicherung (SPV)* und der *privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV)* zusammen (Bundesverfassungsgericht, 2001, Rn. 2). Dabei basiert die *SPV* auf einkommensbezogenen Beiträgen und dem Umlageverfahren, während die *PPV* überwiegend durch altersabhängige Prämien und nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren finanziert wird (Greß, Haun & Jacobs, 2020, S. 245).

Die gesetzliche
Pflegeversiche-
rung: *SPV* und *PPV*

Die Bedeutung der Pflege wurde durch die Coronapandemie noch stärker in den politischen sowie gesellschaftlichen Fokus gebracht (Schuppan, Militzer-Horstmann, Stutzer, Müller & Schmiedel, 2022, S. 27). Die demografische Entwicklung, die steigenden Eigenanteile und die angestrebte Verbesserung der Pflegepersonalsituation stellen die Finanzierung im Pflegebereich vor große Herausforderungen. Durch den demografischen Wandel ist sowohl von einer steigenden Anzahl Pflegebedürftiger als auch von einem sinkenden Erwerbspersonenpotenzial auszugehen (Bahnsen & Wild, 2021, S. 1, 2; Kochskämper, 2021, S. 8–10). Entsprechend sind *ceteris paribus* zunehmende Ausgaben und niedrigere Beitragseinnahmen zu erwarten. Zudem wurden im Jahr 2019 fast ein Fünftel der Pflegebedürftigen vollstationär in Heimen versorgt. Bei rund einem Drittel der im häuslichen Umfeld versorgten Pflegebedürftigen erfolgte professionelle Pflege (Destatis – Statistisches Bundesamt, 2020b, S. 9, 46). Sofern diese Anteile nicht entsprechend sinken und die Personalausstattung je Fall mindestens erhalten bleiben soll, führt eine zunehmende Anzahl Pflegebedürftiger zu einem Anstieg des Arbeitskräftebedarfs in der professionellen Pflege (Kochskämper, 2021, S. 8). Die Forderungen nach einer höheren Personalausstattung und einer besseren Bezahlung der Pfle-

Herausforde-
rungen für die
Finanzierung des
Pflegesystems

gekräftete verfestigen den Trend zu steigenden Ausgaben. Infolgedessen müssten entweder die Beiträge bzw. Prämien der gesetzlichen Pflegeversicherung erhöht und/oder die gesetzlichen Pflegeleistungen eingeschränkt und damit die Eigenanteile angehoben werden. Steigende Eigenanteile der Pflegebedürftigen werden jedoch seit längerem öffentlich kritisiert und würden die Pflegeversicherung in ihrer Zielsetzung schwächen (Donges, Eekhoff, Franz, Fuest, Möschel & Neumann, 2005, S. 56; Kochskämper, 2021, S. 5). Auch Beitragssatzerhöhungen seien auf Dauer keine tragfähige Lösung (Deutscher Bundestag, 2019).

Durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG), dessen wesentliche Teile am 20.07.2021 in Kraft traten, sollen die Strukturen in der Pflege angepasst werden, um die Situation in der Pflege zu verbessern und eine zukunftsfeste Grundlage zu schaffen (Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeversicherung, 2021, S. 1, 62). So wurden bspw. die Tarifbezahlung für Pflegekräfte und die finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege gesetzlich festgeschrieben (BMG, 2021b). Vor der Verabschiedung des Gesetzes rief das Reformvorhaben zahlreiche kritische Reaktionen hervor. Eine Analyse ausgewählter Maßnahmen durch das Institut der deutschen Wirtschaft (IW) kommt zu dem Ergebnis, dass eine Umsetzung der Eckpunkte weniger zu einer gesteigerten Nachhaltigkeit sowie Demografiefestigkeit beiträgt als vielmehr zu deutlichen Umverteilungseffekten führen würde (Kochskämper, 2021, S. 4, 35). Zudem schätzen Bahnsen und Wild (2021, S. 1) vor allem die angekündigten Mehrausgaben vor dem Hintergrund der demografischen Alterung als eine zusätzliche Herausforderung für die SPV ein.

Das GVWG adressiert die Anpassung der Pflegestrukturen, um eine Verbesserung der Pflegesituation zu erreichen.

1.2 Datengrundlage und Vorgehen

Die Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) folgt dem internationalen Referenzsystem des System of Health Accounts, das eine einheitliche, international vergleichbare Systematik der Ausgabenerfassung im Gesundheitswesen anstrebt (Destatis, 2019b, S. 3; 2022c, S. 3, 6). In der GAR bestehen die Gesundheitsausgaben definitorisch aus den laufenden Gesundheitsausgaben und den Investitionen. Dabei zählen zu den laufenden Gesundheitsausgaben Verwaltungsausgaben des Gesundheitssystems und Leistungen sowie Güter, die das Ziel der Prävention, Behandlung, Rehabilitation sowie Pflege verfolgen. Dagegen werden Aufwendungen für Forschung und Ausbildung, Ausgaben für den Ausgleich krankheitsbedingter Folgen, wie Leistungen zur Eingliederungshilfe, und Einkommensleistungen, wie Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall, nicht berücksichtigt. Diese Ausgaben bilden mit den Investitionen den erweiterten Leistungsbereich. Ausgaben für Leistungen und Güter, die die Gesundheit nicht oder nur im weitesten Sinn fördern, werden weder den laufenden Gesundheitsausgaben noch dem erweiterten Leistungsbereich zugerechnet. Zudem werden in der GAR nur die Ausgaben für die letzte Verwendung von Dienstleistungen, Gütern und Investitionen betrachtet, d. h. die gesundheitsrelevanten Transaktionen müssen für gewöhnlich eine direkte Beteiligung der Patient:innen bzw. der Bevölkerung aufweisen. Somit werden Vorleistungskäufe nicht berücksichtigt (Destatis, 2019b, S. 3, 2020a, S. 3, 4, 13).

**Datengrundlagen
GAR und Ausgabennachweise der
einzelnen Sozialversicherungsträger**

In der GAR wird insgesamt zwischen acht verschiedenen Ausgabenträgern für Gesundheitsausgaben unterschieden:

- die *öffentlichen Haushalte*,
- die *GKV*,
- die *SPV*,
- die *gesetzliche Rentenversicherung*,
- die *gesetzliche Unfallversicherung*,
- die *private Krankenversicherung (PKV) inkl. PPV*,
- die *Arbeitgeber:innen* und
- die *privaten Haushalte sowie privaten Organisationen ohne Erwerbszweck*, wie die Diakonie, Malteser oder Caritas (Destatis, 2019b, S. 4, 2020a, S. 21, 22).

Die Ergebnisse der Ausgabennachweise der einzelnen Sozialversicherungsträger weichen von denen der GAR ab, da alle Bestandteile des erweiterten Leistungsbereiches in den Ausgabennachweisen enthalten sind (Destatis, 2019b, S. 3, 2020a, S. 4).

Vor dem Hintergrund der Zukunftsfähigkeit des Finanzierungssystems der Pflege geht diese Arbeit sowohl auf die vergangene als auch auf die prognostizierte zukünftige Entwicklung der Finanzsituation sowie der Zahl der Pflegebedürftigen ein. Damit sollen die Notwendigkeit von Veränderungen des Finanzierungssystems der Pflege aufgezeigt und auf dessen Basis ein Überblick über mögliche Verbesserungsansätze gegeben werden. Nach der Darstellung der vergangenen Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen in Kapitel 2 werden im 3. Kapitel die Gesundheitsausgaben der Ausgabenträger entsprechend der GAR des Destatis aufgezeigt. Darauf folgt die Beschreibung der Finanzentwicklung von einzelnen Ausgabenträgern: Für die Finanzentwicklung der *SPV* wird auf Daten des BMG zurückgegriffen, die auf der Geschäftsstatistik der Pflegekassen basieren. Für die *PPV* werden Daten des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) verwendet. Aufgrund der beschriebenen unterschiedlichen Rechnungsabgrenzungen weichen die Ausgaben der beiden Zweige der Pflegeversicherung in Kapitel 4 von denen in Kapitel 3 ab. Zusätzlich wird auf die Entwicklung der durchschnittlichen finanziellen Belastungen einer/:/eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege eingegangen. Diese stellen einen Teil der Ausgaben des Ausgabenträgers *private Haushalte sowie privaten Organisationen ohne Erwerbszweck* dar. Die Hilfe zur Pflege, deren Entwicklung hinsichtlich der Empfänger:innen und der Nettoausgaben aufgezeigt wird, zählt zum Ausgabenträger *öffentliche Haushalte*. Im 5. Kapitel werden anhand verschiedener Prognosen zur Anzahl der Pflegebedürftigen und der Finanzentwicklung der *SPV* zukünftige Entwicklungstendenzen in der Pflegeversicherung betrachtet. Darauf aufbauend zeigt Kapitel 6 Chancen und Grenzen von Ansatzpunkten auf, mit denen auf die Finanzentwicklung insbesondere der *SPV*, eingewirkt werden kann. Schließlich gibt das Fazit eine Zusammenfassung.

**Ziele und Aufbau
der Arbeit**

2 Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen

Definition Pflegebedürftigkeit und Pflegequote

In der Pflegestatistik des Destatis werden Personen als Pflegebedürftige erfasst, wenn sie Leistungen nach dem SGB XI erhalten und somit bis zum Erhebungsjahr 2015 eine Pflegestufe (I bis III) bzw. ab 2017 einen Pflegegrad (1 bis 5) besitzen (Destatis, 2022e). Im Sinne des § 14 Abs. 1 SGB XI sind Personen, „die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen“ pflegebedürftig. „Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Personen, die keine Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit beantragt, aber gleichartige körperliche und geistige Beschränkungen wie Leistungsbezieher:innen haben, werden nicht zu den Pflegebedürftigen gezählt. Die Pflegequote gibt den Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung an (Destatis, 2022e).

Als Pflegebedürftige werden Personen definiert, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten. Die Pflegequote bezeichnet den Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung.

Wie die Abbildung 1 und Abbildung 2 zeigen, stieg die Zahl der Pflegebedürftigen über den gesamten Betrachtungszeitraum stetig. Die Anzahl der Pflegebedürftigen wird durch die gesetzliche Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegefallwahrscheinlichkeiten sowie die Altersstruktur der Bevölkerung geprägt (Rothgang & Schmähl, 1995, S. 156). Bei den Auswertungen ist zu beachten, dass die tatsächliche Gesamtzahl pflegebedürftiger Personen über den in der Pflegestatistik ausgewiesenen Zahlen liegen kann. Eine Schätzung für das Jahr 2011 geht zusätzlich zu den 2,5 Mio. Leistungsempfänger:innen von ca. 5,4 Mio. Personen mit Pflege- und Hilfebedarf aus, die nicht die Kriterien der Pflegeversicherung erfüllen und meist auf informelle Pflege¹ angewiesen sind (Greyer & Schulz, 2014, S. 295). Zudem verdeutlicht die Studie von Unger, Giersiepen und Windzio (2015) mit Daten von 2001 bis 2012, dass die Pflege vor allem von Männern oft im familialen Umfeld ohne gleichzeitigen Bezug von Pflegeleistungen nach SGB XI erfolgt. Mit dem Erodieren der familialen Versorgungsstrukturen und dem dadurch sinkenden Potenzial informell pflegender Angehöriger geht einher, dass die steigende Anzahl der Leistungsbeziehenden nach SGB XI auch teilweise den veränderten Familienstrukturen zugeschrieben werden kann (Unger et al., 2015, S. 212f.).

Zeitraum von 1999 bis 2016

Von 1999 bis 2007 ist ein moderater Anstieg der Anzahl um 11,5 % von 2,0 Mio. auf 2,2 Mio. zu verzeichnen. Die Pflegequote stieg, nachdem sie von 1991 bis 2003 konstant bei 2,5 % geblieben war, bis 2007 auf 2,7 %. In diesem Zeitraum sind weitgehend konstante Leistungsansprüche beobachtbar, sodass der Anstieg fast ausschließlich durch die demografische Alterung erklärt werden kann (Rothgang, Müller & Preuß, 2020, S. 58, 72, 88).

Von 1999 bis 2007

¹ Die informelle Pflege bezeichnet die i. d. R. von Angehörigen erbrachte Pflege, welche sowohl in häuslicher Gemeinschaft mit dem Pflegebedürftigen als auch außerhalb seiner häuslichen Umgebung wohnen können (Schupmann et al., 2022, S. 16).

Von 2007 bis 2015

Anschließend hat sich die Anzahl der Pflegebedürftigen im Zeitraum von 2007 bis 2015 um 27,3 % auf 2,9 Mio. erhöht. Gleichzeitig lag die zweijährliche Änderungsrate der Pflegequote konstant bei 0,2 Prozentpunkten, sodass die Quote auf 3,5 % anstieg. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) aus dem Jahr 2008 führte zu einem Anstieg des höchstmöglichen Gesamtanspruches aus der Kombination von ambulanten Pflegesachleistungen oder dem Pflegegeld mit Leistungen der Tages- und Nachtpflege. Bei der Betrachtung der Entwicklung ist zu beachten, dass ab der Erhebung 2009 die teilstationär in Heimen versorgten Pflegebedürftigen nicht mehr zusätzlich addiert wurden, da diese in der Regel parallel auch Pflegegeld und/oder ambulante Pflegesachleistungen erhalten und dadurch in der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen inbegriffen sind. Vor der Reform galt das Pflegegeld oder die ambulante Pflegesachleistung als Leistungsobergrenze, sodass bis 2008 Doppelerfassungen bei der Anzahl der Pflegebedürftigen bestehen können, wenn zusätzlich zur Tages- bzw. Nachtpflege ambulante Pflege oder Pflegegeld in Anspruch genommen wurden. Infolgedessen entsteht ein Dämpfungseffekt für die Veränderungsrate bei der Erhebung 2009, der im bundesweiten Mittel auf rund einen Prozentpunkt geschätzt wird (Destatis, 2022e).

Der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zwischen 2007 und 2015 kann teilweise auf Ausweitungen des Leistungsumfanges sowie der Leistungsberechtigung der Pflegeversicherung und damit verbundene Änderungen des Antragstellungsverhaltens zurückgeführt werden (Rothgang et al., 2020, S. 58). Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG), das 2012 beschlossen wurde, konnten Leistungen insbesondere für demenziell Erkrankte ausgeweitet werden (BMG, 2016). Für pflegebedürftige Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz der Pflegestufen I und II wurden die Leistungssätze für Pflegegeld und Pflegesachleistungen erhöht (Schneekloth, Geiss, Pupeter, Rothgang, Kalwitzki & Müller, 2017, S. 24). Zudem erfolgten 2015 im Rahmen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) reale Leistungsausweitungen, sodass bisherige Leistungsempfänger:innen zusätzliche Leistungen beanspruchen konnten (Schneekloth et al., 2017, S. 25). Die Veränderungen von 2012 zu 2013 und von 2014 zu 2015 können teilweise als Einflüsse des PNG und PSG I interpretiert werden (Schneekloth et al., 2017, S. 38). Insgesamt fielen beim Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen von 2013 zu 2015 die demografischen Effekte fast gleich hoch wie die demografieunabhängigen Einflüsse durch z. B. Gesetzesreformen und nachfolgende Einführungseffekte aus. Dagegen war bei der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen von 2015 zu 2017 ein deutlich höherer demografieunabhängiger Effekt im Vergleich zum demografischen Effekt zu verzeichnen (Rothgang & Müller, 2021, S. 144–147).

Der Anstieg der Anzahl Pflegebedürftiger kann in diesem Zeitraum u. a. durch die Erweiterungen des Leistungsspektrums erklärt werden.

Zeitraum von 2017 bis 2019

Ab dem Jahr 2017 waren vergleichsweise hohe Anstiege der Anzahl der Pflegebedürftigen sowie der Pflegequote und tendenziell steigende Änderungsraten zu verzeichnen. Infolgedessen galten im Jahr 2019 5,0 % der deutschen Bevölkerung als pflegebedürftig. Teilweise ist der Anstieg der Pflegequote in der Gesamtpopulation auf die Alterung der Bevölkerung, d. h. den Anstieg des Anteils der älteren Bevölkerung in der Gesamtpopulation, zurückzuführen, da die Pflegequote innerhalb der Altersklassen im Zeitlauf nur gering zugenommen hat (Rothgang et al., 2020, S. 70). Allerdings sind rund 80 % des Anstiegs der Zahl

der Pflegebedürftigen von 2017 zu 2019 auf demografieunabhängige Einflüsse zurückzuführen (Rothgang & Müller, 2021, S. 144–147). Diese Einflüsse wurden u. a. durch die Leistungsausweitung des Pflegeversicherungssystems verursacht (Rothgang et al., 2020, S. 70).

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) erfolgte zum 01.01.2017 die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes sowie der Wechsel von Pflegestufen zu Pflegegraden. Die dadurch geänderte Definition der Pflegebedürftigkeit von verrichtungsbezogener Hilfebedürftigkeit auf „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI) führte zu einer inhaltlichen Berücksichtigung von insbesondere langfristigen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen, worauf bereits ab 2002 mit der Einführung und Ausweitung von Leistungen hingewirkt wurde (Rothgang & Müller, 2019, S. 8, 25). Dabei bestand das Ziel, für alle Pflegebedürftigen unabhängig davon, ob sie körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigungen aufweisen, einen gleichberechtigten Zugang zu den Pflegeversicherungsleistungen zu schaffen. Infolgedessen erfolgte eine deutliche Ausweitung der Zahl der Leistungsberechtigten (BMG, 2021c, S. 10). Neben dem Anstieg der Zahl der Eintritte in die Pflegebedürftigkeit im Jahr 2017 bei den Pflegegraden 2 bis 5 nahmen die Personen mit Pflegegrad 1 besonders stark zu. Dies deutet darauf hin, dass nach der Reform Leistungen auch von Pflegebedürftigen mit geringeren Einschränkungen bezogen werden konnten (Rothgang et al., 2020, S. 62, 75, 78). Bis 2019 stieg die Anzahl der Pflegebedürftigen auf rund 4,1 Mio. stark an.

Mit der Einführung des PSG II stieg die Anzahl Pflegebedürftiger erneut an. Grund dafür war u. a. die neu hinzukommende Berücksichtigung psychischer Beeinträchtigungen.

Gesamter Betrachtungszeitraum

Insgesamt haben sich im gesamten Zeitraum auch die festgestellten Schweregrade der Pflegebedürftigkeit in der Erstbegutachtung verändert. Wenn die Pflegestufenverteilung entsprechend der Überleitungsvorschrift in eine Pflegegradverteilung umgerechnet wird, ist bei den Pflegegraden 1 und 2 eine Zunahme der in der Erstbegutachtung festgestellten Pflegebedürftigkeit beobachtbar, während die Fallzahlen bei den Pflegegraden 3 bis 5 relativ konstant blieben (Rothgang et al., 2020, S. 76).

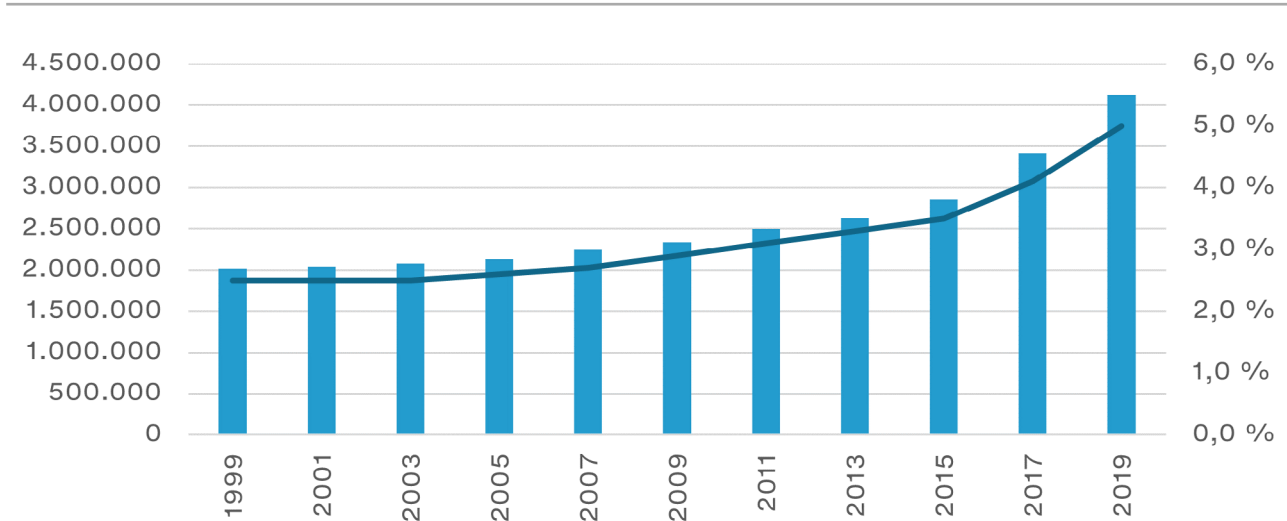


Abbildung 1: Zeitliche Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen (Primärachse) und der Pflegequote (Sekundärachse)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Destatis (2022e)

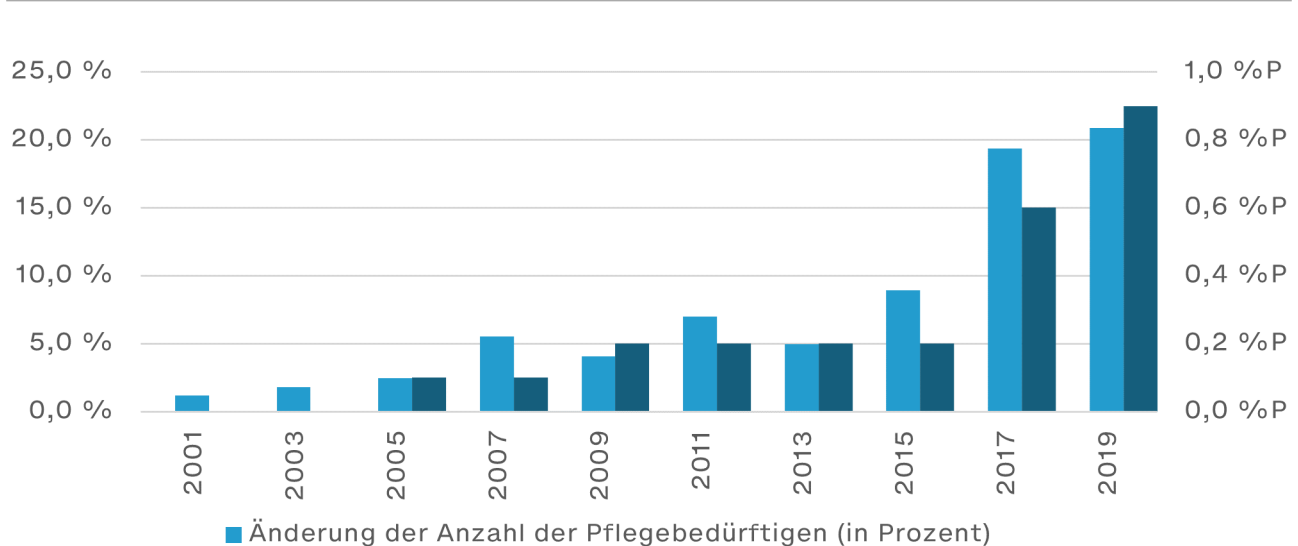


Abbildung 2: Zweijährliche Änderung der Anzahl der Pflegebedürftigen (Primärachse) und der Pflegequote (Sekundärachse)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Destatis (2022e)

3 Ausgaben für pflegerische Leistungen nach Ausgabenträger

3.1 Überblick der Lastenverteilung 2020

Im Rahmen der GAR des Destatis werden unter den Gesundheitsausgaben der pflegerischen Leistungen alle Leistungen der Grund-, Behandlungs- sowie Intensivpflege einschließlich Maßnahmen wie Verbände, Medikamentengabe und Infusionen von stationären und ambulanten Institutionen des Gesundheitswesens erfasst. Ebenso wird die hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Pflege als pflegerische Leistung angesehen (Destatis, 2020a, S. 15).

Gesundheitsausgaben in der GAR

Die *SPV* wird von den organisatorisch an die gesetzlichen Krankenkassen angebotenen Pflegekassen getragen. Ihre Leistungen, die hauptsächlich die hauswirtschaftliche Versorgung, Grund- und Behandlungspflege von Pflegebedürftigen umfassen, sind im vierten Kapitel des SGB XI festgelegt (Destatis, 2020a, S. 22). Dabei wird die Leistungshöhe von dem derzeitigen Pflegegrad bestimmt. Die Leistungen der *GKV* beinhalten sowohl die Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten als auch Rehabilitations- und Pflegemaßnahmen (Destatis, 2020a, S. 21). Die *privaten Haushalte* tragen Zuzahlungen zu Leistungen der verschiedenen Versicherungssysteme oder Zahlungen auf Eigeninitiative ohne Beteiligung anderer Ausgabenträger (Destatis, 2020a, S. 22, 26). Zusammen mit den *privaten Organisationen ohne Erwerbszweck*, die den *privaten Haushalten* ihre Leistungen in der stationären oder ambulanten Pflege unentgeltlich oder zu nicht kostendeckenden Preisen zur Verfügung stellen, werden sie unter einem Ausgabenträger erfasst (Destatis, 2020a, S. 132–133). Die *öffentlichen Haushalte* tragen u. a. die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (§§ 61–66 SGB XII) und die Kriegsopferfürsorge (Destatis, 2020a, S. 23–33). Der Ausgabenträger *PKV inkl. PPV* umfasst neben den Ausgaben der im PKV-Verband organisierten privaten Versicherungsunternehmen, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) und der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) auch die Ausgaben der *PPV* (Destatis, 2020a, S. 22, 107). Die *PPV* für die Mitglieder der PBeaKK und der KVB erfolgt über die Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen (GPV) (PKV-Verband, 2022b). Zu dem Ausgabenträger *Arbeitgeber:innen* zählen u. a. Beihilfeausgaben der öffentlichen sowie privaten Arbeitgeber:innen (Destatis, 2020a, S. 116–122). Unter dem Ausgabenträger *gesetzliche Unfallversicherung* werden die Ausgaben für Güter und Dienstleistungen erfasst, die aufgrund von Pflegebedürftigkeit nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit notwendig sind (Destatis, 2020a, S. 22). Die Leistungen der *gesetzlichen Rentenversicherung* beziehen sich insbesondere auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation (Destatis, 2020a, S. 22). In bestimmten Pflegesettings ist es möglich, dass die Ausgaben von verschiedenen Ausgabenträgern gemeinsam getragen werden. Beispielsweise ist bei der Pflege in vollstationären Einrichtungen, zusätzlich zu den Leistungen der *SPV* bzw. *PPV*, ein Eigenanteil von den Pflegebedürftigen zu erbringen (Rothgang & Müller, 2021, S. 108–111).

Lastenverteilung der Ausgabenträger

Wie in Abbildung 3 dargestellt, trug die *SPV* im Jahr 2020 mit 42,6 Mrd. EUR (41,7 %) den größten Anteil der Gesamtkosten in Höhe von 102,1 Mrd. EUR. Zusammen mit der *GKV*, die pflegerische Leistungen in Höhe von 32,7 Mrd. EUR (32,1 %) erbrachte, wurden 73,8 % der Gesamtausgaben abgedeckt. Danach

Anteile der Ausgabenträger an den Ausgaben für pflegerische Leistungen

folgten die *privaten Haushalte sowie privaten Organisationen ohne Erwerbszweck* mit 11,9 Mrd. EUR (11,7 %) und die *öffentlichen Haushalte* mit 7,2 Mrd. EUR (7,1 %). Die *PKV inkl. der PPV* trug 3,6 Mrd. EUR (3,6 %) zur Finanzierung der Pflege bei. Die übrigen, zusammengenommen etwa 3,9 % der Ausgaben für pflegerische Leistungen wurden durch die *Arbeitgeber:innen*, die *gesetzliche Unfallversicherung* und die *gesetzliche Rentenversicherung* getragen (Destatis, 2022c).

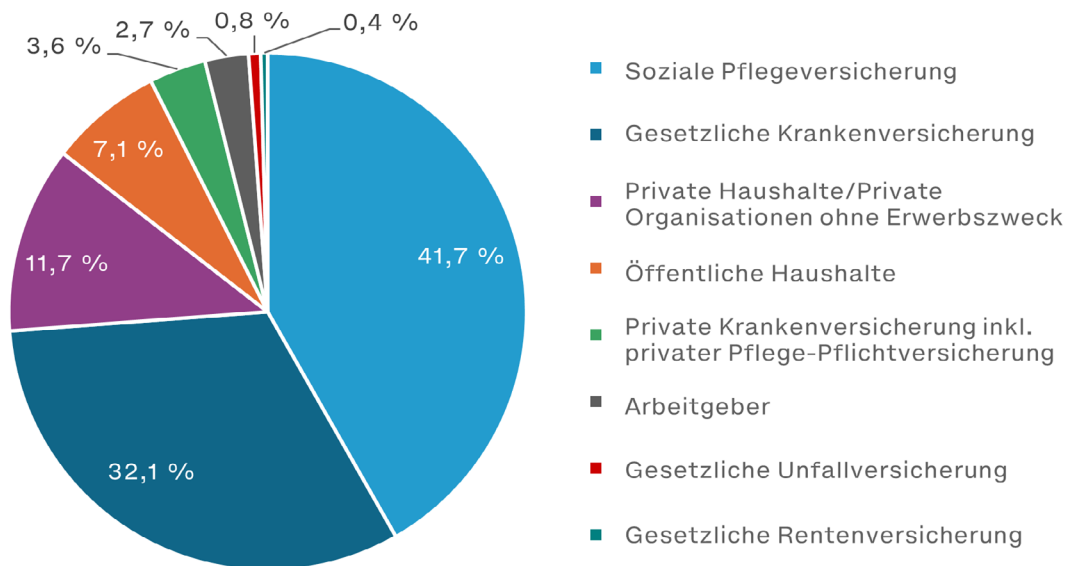


Abbildung 3: Ausgaben für pflegerische Leistungen im Jahr 2020 nach Ausgabenträgern
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Destatis (2022c)

3.2 Entwicklung der Lastenverteilung der Ausgabenträger

Entwicklung der Gesamtausgaben

Neben Gesetzesänderungen stellen die Entwicklung der Anzahl der Pflegbedürftigen, das Ausmaß ihrer Pflegebedürftigkeit und die individuelle Inanspruchnahme der Pflegeleistungen die zentralen Faktoren für die Höhe und Entwicklung der Leistungsausgaben dar (BMG, 2021c). Dementsprechend variieren die Anteile der Ausgabenträger an den Gesamtausgaben für pflegerische Leistungen im Zeitverlauf (Abbildung 4). Abbildung 5 zeigt die Änderungen der Anteile der Ausgabenträger im Vergleich zum Vorjahr in Prozentpunkten. Negative Werte bedeuten eine anteilige Entlastung, d. h. der Anteil des Ausgabenträgers an den Gesamtausgaben verringerte sich. Positive Werte verdeutlichen eine anteilige Belastung.

Die Ausgaben für pflegerische Leistungen aller Ausgabenträger haben sich von 1992 bis 2020 in der Summe auf rund 102 Mrd. EUR fast vervierfacht (Destatis, 2022c). Wie Abbildung 6 zeigt, weisen die Gesamtausgaben durchweg positive Änderungsraten und damit einen kontinuierlichen Anstieg im Vergleich zum Vorjahr auf. Dementsprechend deutet eine anteilige Belastung auch auf einen Anstieg der Ausgaben des Ausgabenträgers hin. Dagegen kann eine anteilige Entlastung

Die Ausgaben für Pflege steigen seit 1992 kontinuierlich an.

mit einer Zunahme der absoluten Belastung verbunden sein (Abbildung 6). Die Entwicklung der Gesamtausgaben ist durch einige starke Ausgabenanstiege im Zeitverlauf geprägt.

Zeitraum von 1995 bis 2016

Im Jahr 1995 nahmen die Gesamtausgaben für pflegerische Leistungen um 13,2 % im Vergleich zum Vorjahr zu. Dabei belief sich im Jahr der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung der Anteil der *SPV* an den Gesamtausgaben auf rund 12,7 %. Gleichzeitig stieg im Jahr 1995 die finanzielle Belastung sowohl für die *PKV inkl. PPV* als auch für die *Arbeitgeber:innen* gegenüber dem Vorjahr. Der Ausgabenanstieg der *Arbeitgeber:innen* um 58,7 % gegenüber 1994 ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die *Arbeitgeber:innen* die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge zur *SPV* zur Hälfte tragen. Zum Ausgleich der Belastungen der Wirtschaft, die mit den Arbeitgeber:innenbeiträgen verbunden sind, haben die Länder, außer Sachsen, einen gesetzlichen landesweiten Feiertag aufgehoben (§ 58 SGB XI). Die Finanzierungsanteile sowie die Ausgaben der *privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck*, der *öffentlichen Haushalte* und der *GKV* nahmen dagegen ab.

Im Jahr 1995

Bis 1997 stieg der Anteil der *SPV* an den Gesamtausgaben für pflegerische Leistungen auf rund 36 % und blieb bis 2016 weitgehend konstant. Absolut betrachtet haben sich die Ausgaben der *SPV* zwischen 1995 und 2016 mehr als verfünffacht. Ebenso nahm der Finanzierungsanteil der *PKV inkl. PPV* an den gesamten Pflegeausgaben bis 1997 auf rund 3,5 % zu und blieb auf diesem Niveau. Dabei stiegen die Ausgaben der *PKV inkl. PPV* bis 2016 fast auf das 2,7-fache Niveau von 1995. Die *Arbeitgeber:innen* wiesen im Zeitraum von 1995 bis 2016 eine Verdoppelung der Ausgaben auf, jedoch war der konstante Finanzierungsanteil an den Gesamtausgaben für Pflegeleistungen von unter 3 % relativ gering. Bei den *privaten Haushalten und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck* sanken die absoluten Ausgaben für pflegerische Leistungen bis 1997 auf fast die Hälfte des Wertes im Jahr 1995 und der Anteil an den Gesamtausgaben von 15,3 % auf 6,2 %. Diese Entwicklung geht mit dem Ziel einher, nach dem die Pflegeversicherung zur Milderung finanzieller Belastungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen beitragen soll (Deutscher Bundestag, 1997, S. 8). Jedoch nahmen die Ausgaben der *privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck* anschließend bei einem steigenden Finanzierungsanteil bis 2016 auf fast das doppelte Niveau von 1994 zu. Die Ausgaben der *öffentlichen Haushalte* für pflegerische Leistungen sanken bis 2000 auf fast ein Drittel der Ausgaben im Jahr 1994. Dies spiegelt das Ziel bei der Einführung der Pflegeversicherung wider, die Zahl der Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege und damit die Ausgaben der Sozialhilfeträger zu reduzieren (Rothgang & Müller, 2021, S. 128). Allerdings nahmen die Ausgaben der *öffentlichen Haushalte* für Pflegeleistungen bei einem relativ konstanten Finanzierungsanteil bis 2016 tendenziell zu. Der Finanzierungsanteil der *GKV* an den gesamten Pflegeausgaben sank von 1994 mit 54,1 % bis 2016 auf 37,3 % fast kontinuierlich. Jedoch stiegen die Ausgaben der *GKV* durchweg gering an, obwohl angestrebt wurde, die *GKV* u. a. durch Ausgliederung der Er-

Von 1995 bis 2016

messens- oder Schwerpflege finanziell zu entlasten (Gaertner, 2020, S. 62). Die *gesetzliche Rentenversicherung* und die *gesetzliche Unfallversicherung* wiesen zusammen einen konstanten Anteil von unter 2 % auf.

Zeitraum von 2017 bis 2022

Ein weiterer auffälliger Anstieg der Ausgaben für pflegerische Leistung ist mit 13,6 % im Jahr 2017 vorzufinden. Dies kann vor allem auf das PSG II zurückgeführt werden. Dabei wurden gegenüber dem Vorjahr insbesondere die *SPV*, die *PKV inkl. der PPV* und die *privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck* stärker belastet. Die Ausgaben der *öffentlichen Haushalte* sanken im Jahr 2017 um fast 10 % im Vergleich zum Vorjahr. Der Finanzierungsanteil der *GKV* nahm um 3,1 Prozentpunkte ab, während ihre Ausgaben um rund 1 Mrd. EUR stiegen.

Im Jahr 2020 stiegen die Pflegeausgaben insgesamt um rund 10,5 %. Es ist zu beachten, dass in der GAR des Berichtsjahres 2020 die pandemiebedingten Ausgaben des Gesundheitsfonds dem Ausgabenträger *öffentliche Haushalte* zugeordnet wurden. Dabei erfolgte die Zuordnung zu den Leistungsarten und Einrichtungen über Verteilungsschlüssel. Neben den tatsächlich angefallenen Ausgaben wurden auch die Ausgleichszahlungen für Einnahmeausfälle im Rahmen der Leistungserbringung erfasst (Bundesamt für Soziale Sicherung, 2022; Destatis, 2022c). Sonstige coronabedingte Ausgaben wurden dem jeweiligen Ausgabenträger zugerechnet (Destatis, 2022c). So wurde z. B. im März 2020 beschlossen, dass Pflegeeinrichtungen die durch die Pandemie bedingten außerordentlichen Aufwendungen oder Mindereinnahmen, die nicht anderweitig finanziert werden, erstattet bekommen. Die Erstattungen werden bei ambulanten Pflegeeinrichtungen von der *GKV*, der *SPV* und von der *PPV* getragen (§ 150 COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz). Die *SPV* erhielt erstmalig einen Steuerzuschuss von 1,8 Mrd. EUR (Neusius, 2021, S. 895). Somit trugen pandemiebedingte Ausgaben wesentlich dazu bei, dass im Jahr 2020 die Ausgaben für pflegerische Leistungen der *öffentlichen Haushalte* um ca. 87,6 % im Vergleich zum Vorjahr anstiegen. Der Anteil der *öffentlichen Haushalte* an den Pflegeausgaben belief sich auf rund 7,1 %, während dieser im Jahr 2019 noch bei ca. 4,2 % lag. Für die Ausgaben der *SPV* ist ein Anstieg um fast 10 % zu verzeichnen.

Auch in den Jahren 2021 und 2022 kam es zu Mehrausgaben durch die COVID-19-Pandemie, sodass die *SPV* u. a. im Jahr 2021 aufgrund der pandemiebedingten Mehrausgaben einen Bundeszuschuss von 1,0 Mrd. EUR an den Ausgleichsfonds erhielt, um das Unterschreiten des gesetzlichen Betriebsmittel- und Rücklagensolls der Pflegekassen zu vermeiden (Pandemiekosten-Erstattungsverordnung – PKEV). Im April 2022 erfolgte eine Zahlung in Höhe von 1,2 Mrd. EUR (PKEV 2022). Zusätzlich wurde im Rahmen des GVWG beschlossen, dass der Bund zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der *SPV* ab dem Jahr 2022 einen Bundeszuschuss in Höhe von 1 Mrd. EUR pro Jahr an den Ausgleichsfonds leistet (§ 61a SGB XI).

Das PSG II führte nicht nur zu einem Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen, sondern auch zu höheren Ausgaben.

In den Jahren 2020 bis 2022 kam es zu Mehrausgaben durch die Coronapandemie.

Gesamter Betrachtungszeitraum

Bei der Betrachtung des Zeitraums von 1995 bis 2020 zeigt die *SPV* unter allen Ausgabenträgern den stärksten Ausgabenanstieg. Danach folgt die *PKV inkl. der PPV*, deren Ausgaben für Pflegeleistungen auf das 3,7-fache stiegen. Sowohl die Ausgaben der *Arbeitgeber:innen* als auch der *privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck* haben sich ungefähr verdreifacht. Die Pflegeausgaben der *gesetzlichen Rentenversicherung*, der *GKV* und der *gesetzlichen Unfallversicherung* haben sich weniger als verdoppelt. Lediglich die Ausgaben der *öffentlichen Haushalte* nahmen um 2,3 % ab, wobei die COVID-19-Pandemie zu einem deutlichen Ausgabenanstieg im Jahr 2020 führte. Im Jahr 2019 beliefen sich die Pflegeausgaben der *öffentlichen Haushalte* ungefähr auf die Hälfte des Niveaus des Jahres 1995.

In den Jahren 1995 bis 2020 verzeichnete die *SPV* den stärksten Ausgabenanstieg unter allen Ausgabenträgern.

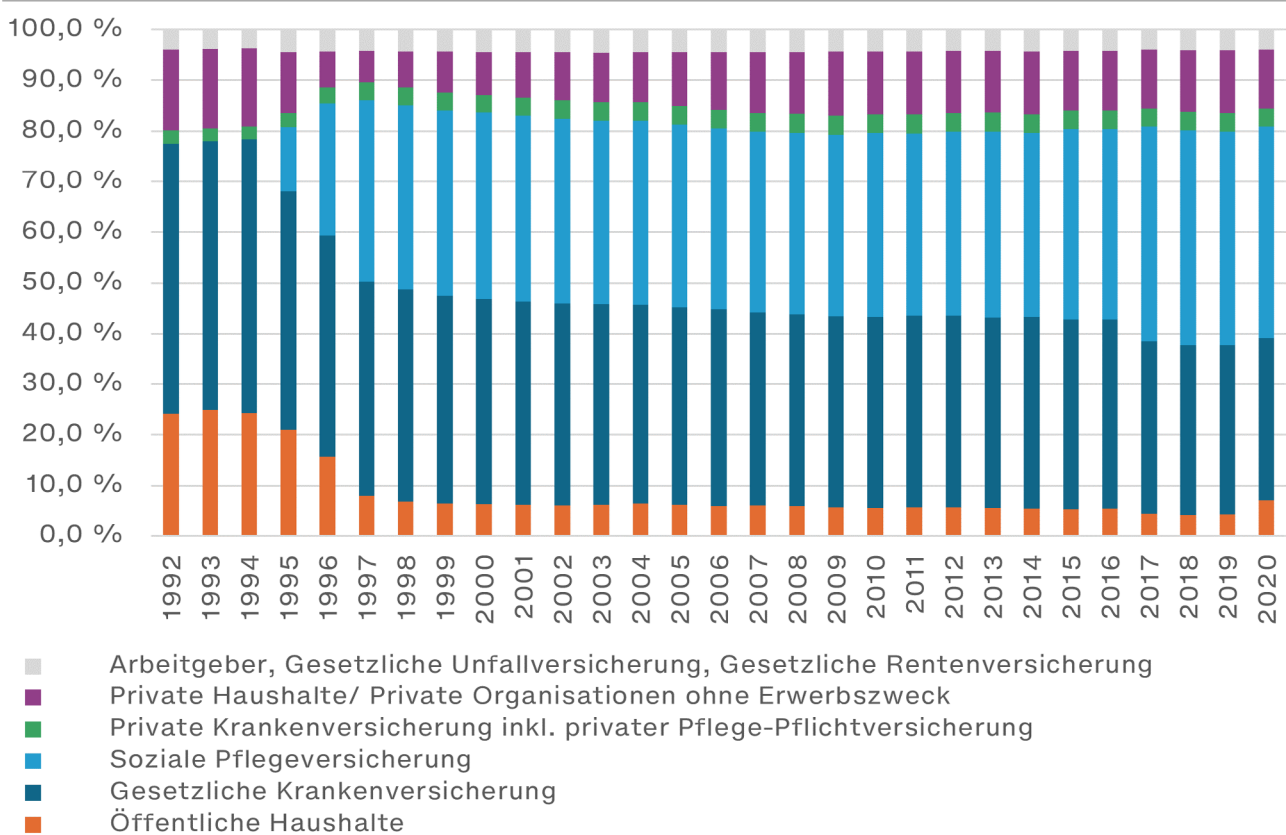


Abbildung 4: Entwicklung der Anteile der Ausgabenträger an den Ausgaben für pflegerische Leistungen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Destatis (2022c)

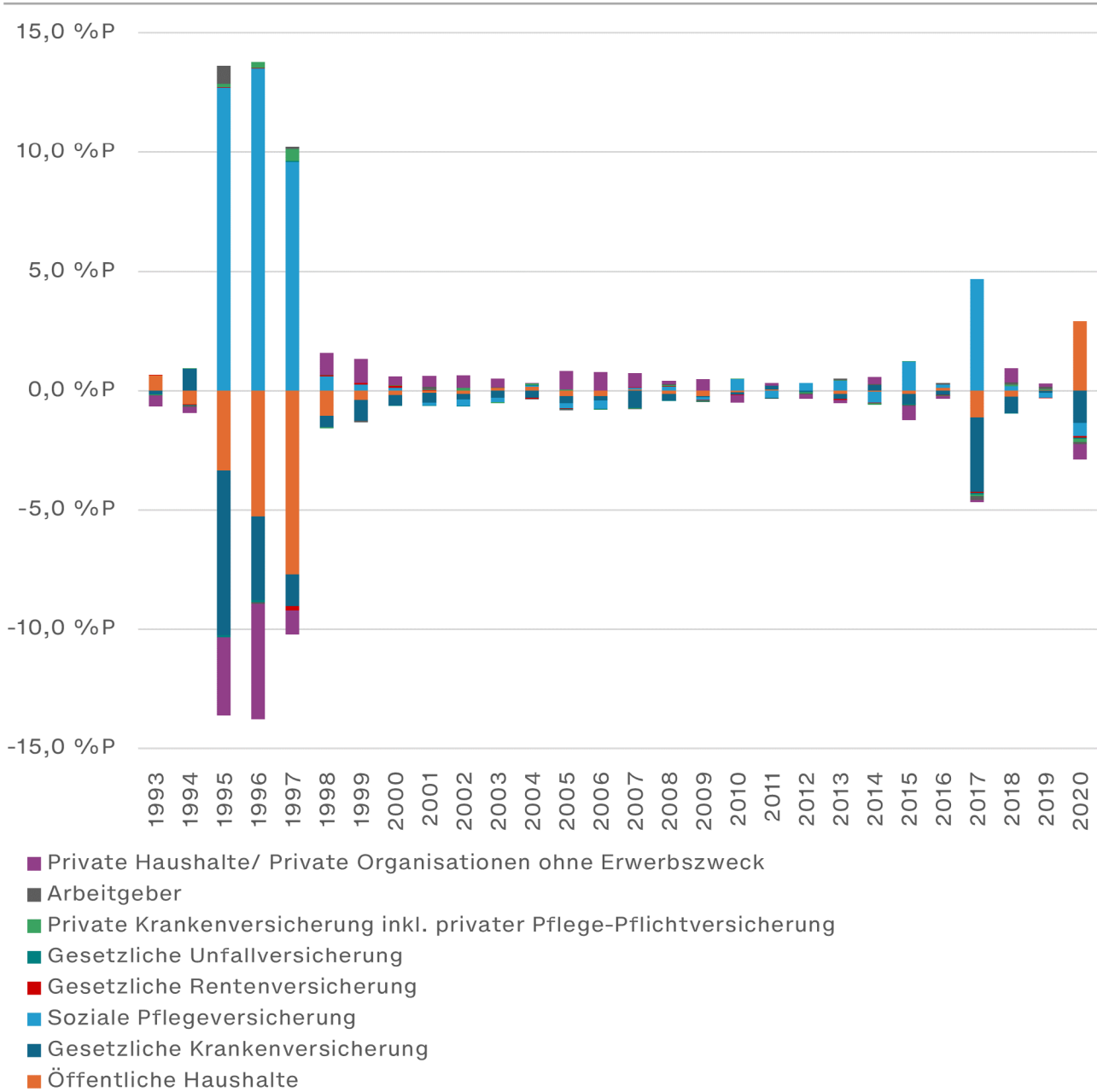


Abbildung 5: Änderungen der (prozentualen) Anteile der Ausgabenträger (in Prozentpunkten) zum Vorjahr

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Destatis (2022c)

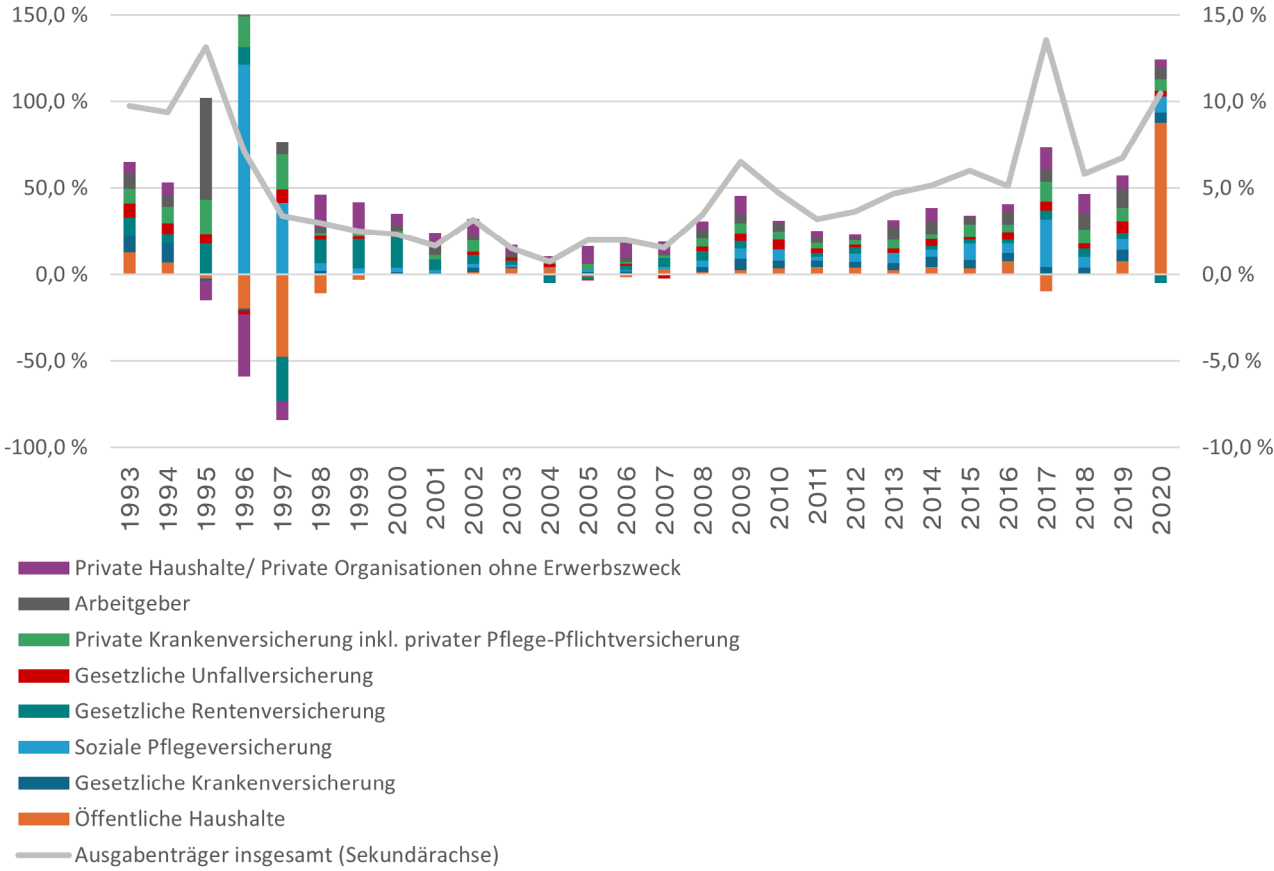


Abbildung 6: Änderung der Ausgaben für pflegerische Leistungen zum Vorjahr (in %)
 Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Destatis (2022c)

4 Finanzentwicklung einzelner Ausgabenträger

4.1 Soziale Pflegeversicherung

Finanzierungsgrundlagen

Jedes Pflichtmitglied der *GKV* ist in der *SPV* pflichtversichert (§ 20 SGB XI). Ebenso sind freiwillige Mitglieder der *GKV* in der *SPV* versicherungspflichtig (§ 20 Abs. 3 SGB XI). Allerdings können sich freiwillige Mitglieder der *GKV* durch einen Antrag innerhalb von drei Monaten nach Beginn der freiwilligen Versicherung von der Versicherungspflicht in der *SPV* befreien lassen, wenn sie nachweisen, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen mit einer *PPV* versichert sind (§ 22 SGB XI). Zudem besteht für bestimmte Personengruppen, die weder gesetzlich noch privat krankenversichert sind, wie Soldat:innen auf Zeit, Bezieher:innen einer Kriegsschadenrente oder laufender Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz, eine Versicherungspflicht in der *SPV* (§ 21 SGB XI). Der *SPV* liegt das Umlageverfahren auf Basis eines Generationenvertrags zugrunde. Dabei werden „die laufenden Pflegeversicherungsleistungen durch die laufenden Beitragseinnahmen finanziert“ (Jacobs, Kuhlmeier, Greß, Klauber & Schwinger, 2020, S. 685), sodass grundsätzlich keine Bildung eines Kapitalstocks oder eine Vermögensakkumulation stattfindet (Wagner, 2017, S. 940).

Personenkreis und
Finanzierung der
SPV

Die Einnahmen der *SPV* setzen sich aus Beiträgen der Mitglieder und sonstigen Einnahmen zusammen (§ 54 Abs. 1, 2 SGB XI). Dabei bilden die sonstigen Einnahmen, zu denen auch die Bundeszuschüsse zählen, im Zeitraum von 1995 bis 2020 einen geringen Anteil von unter 6 %. Die Arbeitnehmer:innen und *Arbeitgeber:innen* tragen den Beitrag grundsätzlich zur Hälfte (§ 58 Abs. 1 SGB XI). Im Bundesland Sachsen, in dem die am 31.12.1993 bestehende Anzahl der gesetzlichen Feiertage nicht um einen Feiertag vermindert worden ist, haben die Arbeitnehmer:innen einen Beitragsanteil in Höhe von 1,0 Beitragssatzpunkten allein zu tragen (§ 58 Abs. 3 SGB XI). Damit ist in Sachsen der Beitrag für Arbeitnehmer:innen um 0,5 Beitragssatzpunkte höher und für *Arbeitgeber:innen* um 0,5 Beitragssatzpunkte niedriger als in den restlichen Bundesländern. Der gesetzlich festgelegte Beitragssatz wird auf die beitragspflichtigen Einnahmen, wenn sie über der Geringfügigkeitsgrenze von derzeit noch 450 EUR liegen (BMG, 2022a), bis zur Beitragsbemessungsgrenze² erhoben. Dabei gilt die gleiche Beitragsbemessungsgrenze wie für die *GKV* (§§ 55, 57 SGB XI). Bezieher:innen einer Rente der *gesetzlichen Rentenversicherung* tragen die Beiträge zur *SPV* allein (§ 59 Abs. 1 SGB XI). Für Personengruppen, die Leistungen der Bundesagentur für Arbeit beziehen und keine Beiträge tragen, zahlt die Bundesagentur für Arbeit die Beitragszuschläge von insgesamt 20 Mio. EUR pro Jahr pauschal an den Ausgleichsfonds der *SPV* (§ 60 Abs. 7 SGB XI). Bei Bezieher:innen von Krankengeld entrichtet die Krankenkasse die Hälfte des Beitrags (§ 59 Abs. 2 SGB XI). Durch die gesetzliche Fixierung der Beitragssätze, der Beitragsbemessungsgrenze und der Bemessungsgrundlage hängt die Einnahmeentwicklung im Wesentlichen von der Höhe der Steuerzuschüsse, der Zahl der beitragspflichtigen Versicherten und deren Einkommen ab, sodass ein

Einnahmen der *SPV*

² Im Jahr 2022 beträgt die Beitragsbemessungsgrenze 58.050 EUR (§ 4 Abs. 2 Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2022).

deutlicher Einfluss durch die Bewegungen auf dem Arbeitsmarkt, die Wachstums- sowie Einkommensdynamik besteht. Somit steigen die Einnahmen, wenn *ceteris paribus* der jährliche Steuerzuschuss steigt und/oder sich die versicherungspflichtige Beschäftigung erhöht und/oder die beitragspflichtigen Einkommen zunehmen (IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen, 2021b). Folglich betrifft die Bevölkerungsalterung auch die Einnahmenseite aufgrund des veränderten Verhältnisses zwischen beitragspflichtigen Versicherten im Erwerbsalter und beitragspflichtigen Rentner:innen. Da Rentner:innen im Durchschnitt ein geringeres Einkommen als erwerbstätige Versicherte aufweisen, sinken durch den demografischen Wandel die beitragspflichtigen Einkommen (Kochskämper, 2017, S. 16, 17, 20).

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind gesetzlich festgelegt (§§ 28ff. SGB XI), wobei deren Höhe vom festgelegten Pflegegrad abhängt. Zu den Gesamtausgaben werden neben den Leistungsausgaben u. a. die Verwaltungsausgaben und die Zuführungen zum Pflegevorsorgefonds gezählt. Dabei lag der Ausgabenanteil, der nicht für Leistungen verwendet wird, zwischen 1996 und 2020 bei unter 10 %. Da die (maximale) Höhe der Sach- und Geldleistungen vorgegeben ist, ist die Ausgabenentwicklung von der Zahl der Pflegebedürftigen, ihren zugeordneten Pflegegraden und der in Anspruch genommenen Versorgungs- sowie Leistungsformen abhängig. Dementsprechend gilt, je mehr Pflegebedürftige existieren, je mehr sich diese auf höhere Pflegegrade verteilen und je mehr stationäre Leistungen beansprucht werden, desto höher sind die Ausgaben (IAQ, 2021b). Aufgrund der demografischen Entwicklung nimmt zum einen die Anzahl älterer Personen und damit die Zahl von Pflegebedürftigen zu. Zum anderen verändern sich Haushalts- und Familienstrukturen, die Verschiebungen in Pflegearrangements und der Form der Versorgung hin zu formeller bzw. professioneller Pflege bewirken (Greiner & Bowles, 2007, S. 339).

Die Gesamtausgaben und -einnahmen der SPV sind seit der Einführung des fünften Zweiges der Sozialversicherung im Jahr 1995 kontinuierlich und fast gleichgerichtet gestiegen. Die Abbildung 7 zeigt, dass sich die Einnahmen der SPV seit der Einführung 1995 von 8,4 Mrd. EUR auf 50,6 Mrd. EUR im Jahr 2020 mehr als versechsfacht haben, obwohl die Zuwachsraten der beitragspflichtigen Einkommen je Mitglied deutlich hinter dem Anstieg des Bruttoinlandsproduktes (BIP) zurückblieben. Der geringe Anstieg der beitragspflichtigen Einkommen wird vor allem auf den zunehmenden Anteil von Rentner:innen im Versichertenbestand, das Absinken des Anteils der Löhne am Volkseinkommen und die schwache Erhöhung der Renten verursacht (IAQ, 2022; Kochskämper, 2017, S. 20). Der trotzdem resultierende hohe Einnahmenganstieg der SPV kann primär auf die Anhebungen des Beitragssatzes zur SPV zurückgeführt werden (Rothgang et al., 2020, S. 115). Zudem hat die gute Entwicklung der versicherungspflichtigen Beschäftigung maßgeblich zu einer günstigen Finanzentwicklung beigetragen (IAQ, 2021b). Die Einnahmenentwicklung wird auch von der Beitragsbemessungsgrenze beeinflusst, die seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 aufgrund der Anpassungen an die wirtschaftliche Entwicklung gestiegen ist (BMG, 2017a; Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022). Darüber hinaus führt der Steuerzuschuss, den die SPV im Jahr 2020 erstmalig in Höhe von 1,8 Mrd. EUR erhielt, zu zusätzlichen Einnahmen (Neusius, 2021, S. 895).

Ausgaben der SPV

Gesamtentwicklung der Einnahmen der SPV und Einflussfaktoren

Zeitraum von 1995 bis 2016

Wie in Abbildung 8 dargestellt, wurde der Beitragssatz zur Einführung der Pflegeversicherung auf 1,0 % der beitragspflichtigen Einnahmen im Rahmen des PflegeVG festgesetzt. Die erste Erhöhung des Beitragssatzes auf 1,7 % erfolgte im Juli 1996. Die Einnahmen stiegen damit auf 12,1 Mrd. EUR an. Diese Anhebung wurde bereits bei der Einführung der SPV geplant, um die dann eingeführten Leistungen bei stationärer Pflege zu finanzieren (Rothgang et al., 2020, S. 115). Zwischen 1998 und 2004 lagen die Gesamteinnahmen relativ konstant bei rund 16 Mrd. EUR. Dies ist vor allem auf den unveränderten Beitragssatz und die moderate Lohnentwicklung mit einem geringen Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen der SPV in diesem Zeitraum zurückzuführen (Deutsche Bundesbank, 2007, S. 32). Die Ausgaben stiegen von 1995 bis 2004 gering an, sodass, nachdem die Liquiditätsüberschüsse der SPV von 1995 bis 1998 abnahmen, bis 2004 durchgängig geringe Defizite entstanden. Zwischen 1997 und 2004 ist eine Verschiebung von der Inanspruchnahme des Pflegegeldes und der informellen Pflege hin zu mehr formeller Pflege zu verzeichnen. Zudem stieg der Anteil stationär versorgter Pflegebedürftiger. Insbesondere demografische und sozialstrukturell bedingte Trends führen dazu, dass die rein familiäre Pflege abnimmt (Döhner & Rothgang, 2006, S. 587; Rothgang & Preuss, 2007, S. 21). Mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz (KiBG) wurde ein Beitragszuschlag für Kinderlose in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten ab dem 01.01.2005 eingeführt. Dieser Zuschlag fällt für Mitglieder nach Vollendung des 23. Lebensjahres an und ist von den Versicherten zu tragen (§ 55 Abs. 3 SGB XI).

Von 1995 bis 2005

Im Zeitraum zwischen 2006 und 2014 sind Einnahmen- sowie Ausgabensteigerungen und, außer 2007, Einnahmenüberschüsse zu erkennen. Im Rahmen des PfwG 2008 wurde neben der erstmaligen Leistungsanhebung auch der anspruchsberechtigte Personenkreis erweitert. Personen, die einen Hilfebedarf in der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, aber nicht das Ausmaß der Pflegestufe I aufwiesen, konnten entsprechende Leistungen in Anspruch nehmen (Paquet, 2020, S. 11; Schneekloth et al., 2017, S. 36, 37). Um die Maßnahmen zu finanzieren, wurde der Beitragssatz um 0,25 Prozentpunkte erhöht, sodass der Beitragssatz zum 01.07.2008 1,95 % betrug (Art. 1 PfwG). Mit dem PNG hat der erweiterte Personenkreis seit 2013 einen Leistungsanspruch zur Deckung des Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Für Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III führte die Anerkennung der eingeschränkten Alltagskompetenz zu einem höheren Leistungsanspruch (Schneekloth et al., 2017, S. 24, 36, 37). Gleichzeitig wurden die Beitragssätze zum 01.01.2013 auf 2,1 % und für Kinderlose auf 2,3 % angehoben, sodass weiterhin Einnahmeüberschüsse erzielt werden konnten.

Von 2006 bis 2014

Ab 2015 kam es teilweise zu deutlichen Einnahme- und Ausgabeschüben. Mit dem PSG I wurden 2015 die Leistungen zum Werterhalt der Pflegeversicherung erhöht und zusätzlich ausgeweitet (Schneekloth et al., 2017, S. 25). Zudem wurde ein Pflegevorsorgefonds eingeführt, in dem erstmals 1,1 Mrd. EUR angelegt wurden. In diesem Pflegevorsorgefonds soll über 20 Jahre ein Anteil der Pflegeversicherungsbeiträge angespart werden, um die zu erwartenden Beitragssatzsteigerungen nach 2034 abzumildern (BMG, 2017b). Insbesondere die zeitgleiche Beitragssatzerhöhung um 0,3 Prozentpunkte ließ die Einnahmen auf 30,7 Mrd. EUR steigen, sodass sich die Finanzlage relativ stabil zeigt.

Von 2015 bis 2016

Zeitraum von 2017 bis 2022

Die sprunghafte Erhöhung der Ausgaben 2017 um 24,3 % ist im Wesentlichen auf das PSG II zurückzuführen. Trotz der Beitragssatzerhöhung um 0,2 Prozentpunkte zum 01.01.2017 und der guten Beschäftigungslage wurde ein Defizit von 2,4 Mrd. EUR erfasst, welches sich im Jahr 2018 auf 3,6 Mrd. EUR erhöhte, sodass auf Rücklagen zurückgegriffen werden musste (IAQ, 2021b). Vor allem durch die Beitragssatzerhöhung um 0,5 Prozentpunkte im Januar 2019 im Rahmen des Pflegeversicherungs-Beitragssatzanpassungsgesetzes (BSAG) war ein deutlicher Anstieg der Einnahmen um 25,2 % zum Vorjahr zu erkennen, sodass ein Überschuss von 3,3 Mrd. EUR erzielt wurde und ein weiteres Defizit vermieden werden konnte. Das GVWG sah eine Anhebung des Beitragszuschlages für Kinderlose um 0,1 Prozentpunkte zum 01.01.2022 vor.

Die Einführung des PSG II verursachte ab 2017 stärkere Bewegungen in der Finanzentwicklung der **SPV**.

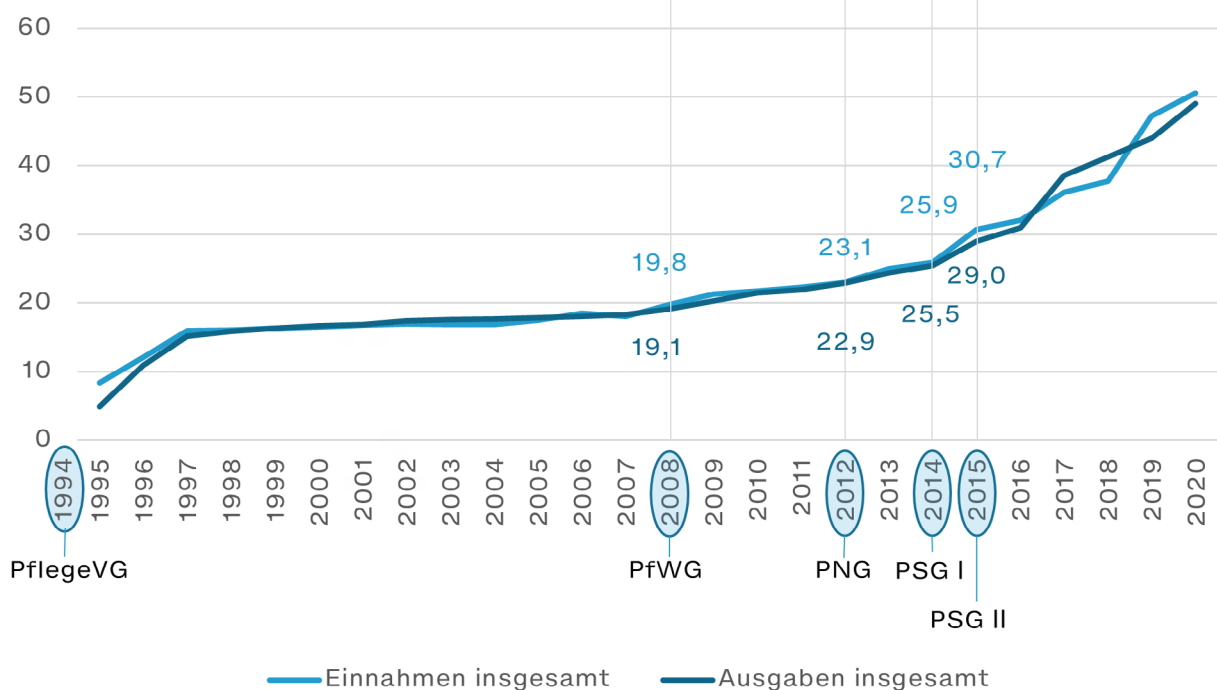


Abbildung 7: Finanzentwicklung der SPV in Mrd. EUR

Gesetzesänderungen nach Beschlussdatum

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG (2021a)

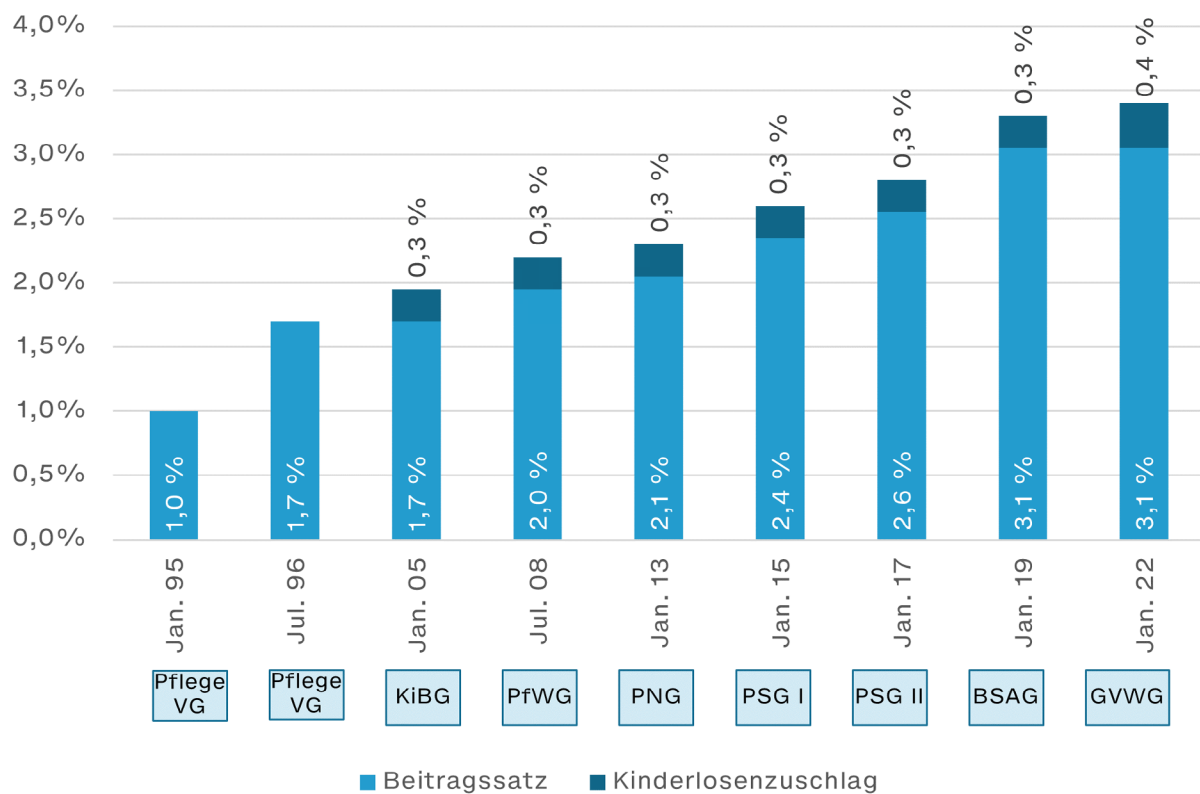


Abbildung 8: Entwicklung des Beitragssatzes und Beitragszuschlages für Kinderlose der SPV
Gesetzesänderungen mit Datum des Inkrafttretens des Beitragssatzes
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an vdek – Verband der Ersatzkassen e. V. (2022)

4.2 Private Pflege-Pflichtversicherung

Finanzierungsgrundlagen

Privat Krankenversicherte sind verpflichtet, eine *PPV* abzuschließen (§ 23 Abs. 1 SGB XI). Des Weiteren sind Beamte, Personen mit Anspruch auf Beihilfe, Heilfürsorgeberechtigte, die nicht in der *SPV* versicherungspflichtig sind, Mitglieder der PBeaKK sowie der KVB in der *PPV* versicherungspflichtig (§ 23 Abs. 3, 4 SGB XI). Freiwillige Mitglieder der *GKV* können auf Antrag innerhalb von drei Monaten nach Beginn der freiwilligen Versicherung von der Versicherungspflicht in der *SPV* befreit werden und eine *PPV* abschließen (§ 22 SGB XI). Im Jahr 2020 waren 9,2 Mio. Personen in Deutschland privat pflegeversichert, was bei einer Bevölkerungszahl von 83,2 Mio. einem Anteil von 11,1 % entspricht (Destatis, 2022a; PKV-Verband, 2022c). Die Leistungen entsprechen denen der *SPV* (§ 23 Abs. 1 SGB XI). Die Prämien werden im Gegensatz zur *SPV* nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren kalkuliert und sind somit nicht vom Einkommen des Versicherten, sondern vom individuellen Gesundheitsrisiko beim Eintritt in die Pflegeversicherung abhängig (BMG, 2022a). Die Kalkulation der Versicherungsprämie erfolgt so, dass die Prämien in jungen Jahren höher als die tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen sind. Aus dieser Differenz werden Alterungsrückstellungen gebildet, die verzinslich angelegt werden. Wenn die Kosten für Pflegebedürftigkeit über dem Zahlbeitrag liegen, wird die Lücke durch die Alte-

Personenkreis und
Finanzierung der
PPV

rungsrückstellungen geschlossen, sodass die Prämien nicht altersbedingt steigen (PKV-Verband, 2022b). Für eine sozialverträgliche Prämien-gestaltung hat der Gesetzgeber umfangreiche Rahmenbedingungen vorgegeben. Da die prämienfreie Mitversicherung der Kinder, identische Höchstbeiträge wie in der SPV und geschlechtsunabhängige Prämien gesetzlich vorgeschrieben sind (§ 110 SGB XI), wird das Anwartschaftsdeckungsverfahren durch Umlageelemente ergänzt. Zusätzlich findet ein Risikoausgleich zwischen privaten Versicherungsunternehmen statt (§ 111 SGB XI). Dementsprechend besteht ein unternehmensübergreifender Ausgleich zwischen Prämienzahler:innen und prämienfreien Mitgliedern, zwischen jungen und älteren Versicherten sowie zwischen Männern und Frauen. Im Jahr 2019 bezifferte sich das Umlagevolumen auf 260,5 Mio. EUR (PKV-Verband, 2020, S. 36). Die Arbeitnehmer:innen erhalten einen Beitragszuschuss von ihrem/:ihrer Arbeitgeber:in, der dem Arbeitgeber:innenanteil in der SPV entspräche, aber auf die Hälfte der zu zahlenden Prämie begrenzt ist (§ 61 Abs. 2 SGB XI). Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsverfahren von SPV und PPV ist ein Vergleich der Finanzentwicklung nur eingeschränkt möglich (Rothgang & Müller, 2021, S. 126).³

Insgesamt haben sich die Prämieinnahmen seit 1995 von 1,3 Mrd. EUR auf 4,2 Mrd. EUR im Jahr 2020 mehr als verdreifacht (Abbildung 9). Die Ausgaben für Versicherungsleistungen lagen im gesamten Beobachtungszeitraum deutlich unter den Einnahmen. Da die privat Pflegeversicherten sowohl durchschnittlich ein höheres Einkommen sowie ein geringeres Pflegefallrisiko als auch ein günstigeres Verhältnis zwischen Leistungsempfänger:innen und Versicherten im Vergleich zu den Versicherten der SPV aufweisen, konnte die PPV sehr hohe Rückstellungen erwirtschaften (IAQ, 2021b). Der Bestand der Alterungsrückstellungen nahm seit 1995 kontinuierlich um rund 1 bis 3 Mrd. EUR pro Jahr zu. Bis zum Jahr 2020 wurden insgesamt fast 42 Mrd. EUR Alterungsrückstellungen angesammelt. Dies entsprach rund 85,4 % der Ausgaben der SPV in demselben Jahr.

Gesamtentwicklung der Einnahmen, Ausgaben und Alterungsrückstellungen der PPV

Zeitraum von 1995 bis 2016

Nachdem die jährlichen Prämieinnahmen der PPV nach der Einführung der Pflegeversicherung stark anstiegen, erreichten sie im Jahr 1997 mit 2,2 Mrd. EUR einen ersten Höchststand. Anschließend nahmen die Einnahmen bis zum Jahr 2003 ab und lagen bis 2007 konstant bei 1,9 Mrd. EUR. Diese Entwicklung kann insbesondere auf die Reduktion der Prämien und eine gleichzeitig ansteigende Versicherten-zahl zurückgeführt werden (Rothgang & Müller, 2021, S. 128). Zwischen 2008 und 2016 schwankten die Prämieinnahmen zwischen 2,0 und 2,2 Mrd. EUR.

Entwicklung der Einnahmen der PPV

Hinsichtlich der Ausgaben war nach dem Anstieg bis auf 446,8 Mio. EUR im Jahr 1997, was einem Anteil von rund 21 % an den Prämieinnahmen entsprach, eine relativ konstante Ausgabenentwicklung vorzufinden. Ab 2008 stiegen die Versicherungsleistungen relativ stark an, sodass sich die Ausgaben zwischen 2008 und 2016 fast verdoppelten. Neben der demografischen Entwicklung lassen politische

Entwicklung der Ausgaben der PPV

³ Zudem besteht für gesetzlich und privat Krankenversicherte die Möglichkeit, sich mit privaten Zusatzversicherungen gegen das Pflegerisiko abzusichern. Im Folgenden wird ausschließlich die Finanzentwicklung der verpflichtenden privaten Pflegeversicherung betrachtet.

Reformen die Leistungen der *PPV* stark ansteigen (PKV-Verband, 2020, S. 44). Besonders in den Jahren 2008 (PfWG), 2013 (PNG) und 2015 (PSG I) erfolgten Ausgabenanstiege.

Zeitraum von 2017 bis 2020

Ab 2017 kam es u. a. aufgrund von Prämien erhöhungen zu deutlichen Anstiegen der Einnahmen (Rothgang & Müller, 2021, S. 128). Dabei wurde im Jahr 2017 eine Zunahme der Prämieinnahmen um fast 20 % und im Jahr 2019 um 25,6 % im Vergleich zum Vorjahr verzeichnet. Im Jahr 2020 nahmen die Einnahmen um 30,6 % auf 4,2 Mrd. EUR zu. Die wesentlichen Ursachen für die steigenden Prämien waren die gesetzlichen Pflegereformen, die zu Mehrausgaben aufgrund der Ausweitung des individuellen Leistungsanspruches sowie des Kreises der Empfangsberechtigten und der Förderung von zusätzlichen Pflegestellen geführt haben (PKV-Verband, 2021). Mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) aus dem Jahr 2020 werden z. B. zusätzliche Stellen für Pflegehilfskräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen über einen Vergütungszuschlag finanziert (AOK-Verlag, 2022). Zudem beeinflusst das Zinsniveau die Höhe der Prämiensteigerungen. Aufgrund des niedrigen Leitzins sinkt die Verzinsung der Alterungsrückstellungen, sodass ein Ausgleich durch zusätzliche Prämien erfolgen muss (PKV-Verband, 2021).

Entwicklung der Einnahmen der PPV

Die Ausgaben der *PPV* nahmen im Jahr 2017 um 22,5 % auf 1,3 Mrd. EUR besonders stark zu. Dieser Ausgabenanstieg kann teilweise auf das PSG II zurückgeführt werden. Im Jahr 2020 bezifferten sich die Ausgaben für Versicherungsleistungen auf rund 1,8 Mrd. EUR, was fast 42 % der Prämieinnahmen entsprach.

Entwicklung der Ausgaben der PPV

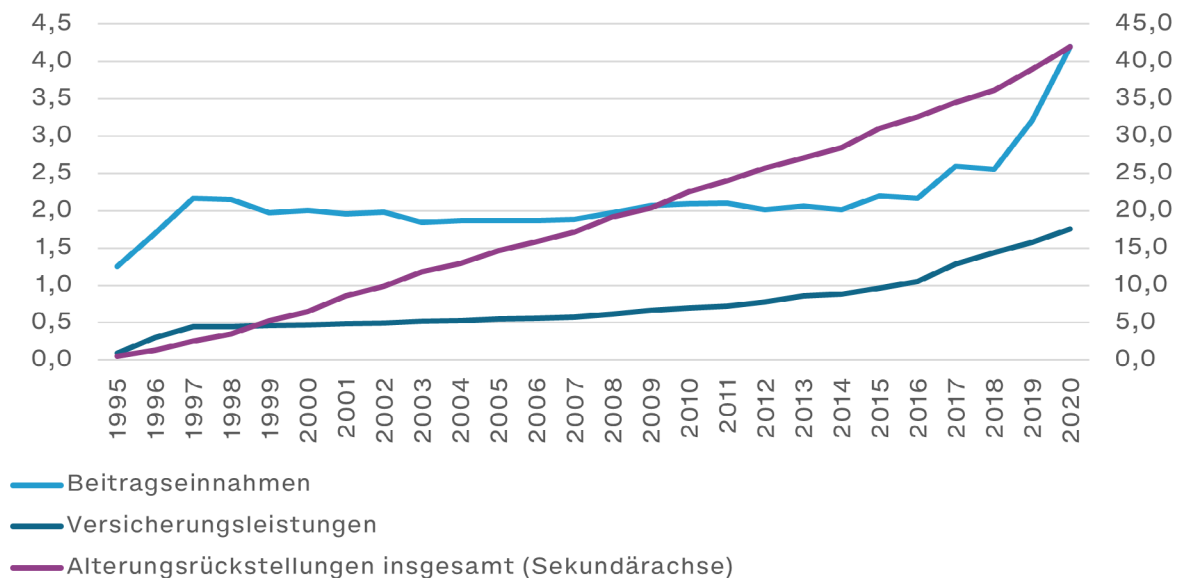


Abbildung 9: Finanzentwicklung der PPV in Mrd. EUR

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an PKV-Verband (2011, S. 94, 2022c); Rothgang und Müller (2021, S. 127)

4.3 Durchschnittliche finanzielle Belastung der Versicherten in stationärer Pflege

Neben den Beiträgen zur *SPV* oder Prämien zur *PPV* können für *private Haushalte* im Pflegefall weitere Kosten anfallen. Da die Pflegeversicherung als Teilleistungssystem ausgestaltet ist, sind die Leistungsansprüche je nach Pflegegrad in der Höhe begrenzt (Paquet, 2020, S. 15–16). Die privat zu tragenden Pflegekosten der Versicherten sind statistisch nicht vollständig erfasst. Während im stationären Bereich gesicherte Daten verfügbar sind, existieren für den ambulanten Bereich lediglich Befragungsergebnisse (Ehrentraut, Huschik, Moog & Sulzer, 2019, S. 58).

Der Eigenanteil der Pflegeheimkosten, den die Pflegebedürftigen selbst zahlen müssen, setzt sich aus dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) für die pflegebedingten Aufwendungen der Pflegegrade 2 bis 5, den Kosten für Unterkunft sowie Verpflegung und den Investitionskosten zusammen. Der EEE ergibt sich aus der Differenz zwischen den Pflegekosten des Heimes und den Leistungen der Pflegeversicherung (Sell, 2018). Dabei umfasst der EEE vor allem Personalkosten (vdek, 2022). Durch das GVWG haben Pflegebedürftige seit dem 01.01.2022 Anspruch auf einen anteiligen Leistungszuschlag ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Für Heimbewohner:innen mit Pflegegrad 2 bis 5 beträgt der Leistungszuschlag 5,0 % des Eigenanteils an den Pflegekosten im ersten Jahr im Pflegeheim. Nach zwölf Monaten beträgt der Leistungszuschlag 25,0 %, nach 24 Monaten 45,0 % und nach 36 Monaten 70,0 % (§ 43c SGB XI). Dieser Leistungszuschlag ist in Abbildung 10 nicht berücksichtigt. Die Kosten für Unterkunft sowie Verpflegung und die Investitionskosten werden nicht in den Leistungen der Pflegeversicherung einbezogen, sodass sie von den Heimbewohner:innen allein getragen werden (Rothgang & Müller, 2021, S. 108).

Der Eigenanteil der Versicherten umfasst den EEE, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten.

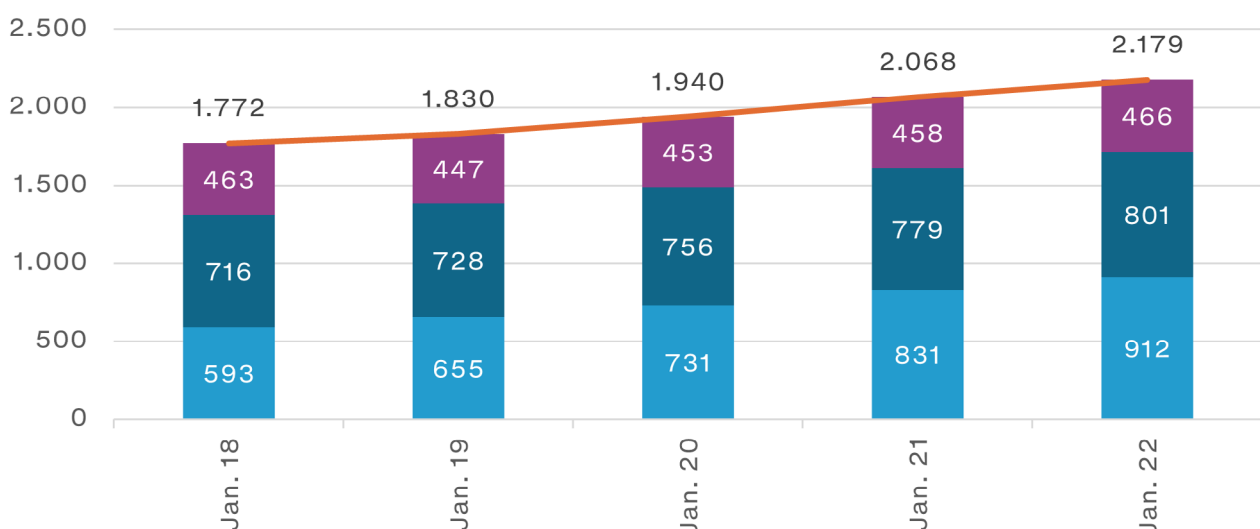


Abbildung 10: Entwicklung der durchschnittlichen finanziellen Belastungen eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in EUR pro Monat

Ohne Berücksichtigung der Ausbildungsumlage bzw. individuelle Ausbildungskosten
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an vdek (2022)

Der EEE bildet den größten Anteil des Gesamtheimentgeltes. Seit 2018 sind die durchschnittlichen Eigenanteile kontinuierlich gestiegen. Insgesamt waren Anfang 2022 durchschnittlich 2.179 EUR pro Monat und pflegebedürftiger Person im stationären Bereich zu tragen. Diese setzten sich im Durchschnitt aus 912 EUR für den EEE an der Pflege, 801 EUR für Unterkunft sowie Verpflegung und 466 EUR Investitionskosten zusammen.

Für die häusliche Pflege wurde in einer Befragung im Jahr 2016 die Höhe der regelmäßig im Monat privat getragenen Kosten erfasst, die im Zusammenhang mit der Pflege entstehen. Im Durchschnitt wurden monatlich 269 EUR von den Pflegebedürftigen selbst getragen. Dabei stiegen die durchschnittlichen Kosten mit der Pflegestufe (Schneekloth et al., 2017, S. 158–159).

4.4 Hilfe zur Pflege

Die Hilfe zur Pflege stellt eine Form der Sozialhilfe dar (§§ 61–66 SGB XI). Pflegebedürftige Personen haben Anspruch auf Hilfe zur Pflege, sofern die Pflegeversicherungsleistungen nicht ausreichen und die Pflegebedürftigen sowie die unterhaltspflichtigen Personen nicht über genügend Einkommen und Vermögen verfügen, um die restlichen Pflegekosten vollständig zu decken (§ 61 SGB XII). Abbildung 11 zeigt die Entwicklung der Empfänger:innen und der Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege zwischen 1995 und 2020. Dabei sind für die Jahre 1995, 2005, 2006 und 2007 die Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege in Bremen nicht enthalten. Zudem gab es 2007 eine Untererfassung in Nordrhein-Westfalen (Destatis, 2022d).

Von 1995 bis 1998 sank die Anzahl um 40,4 % und die Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege um 63,5 %. Jedoch nahm in den nachfolgenden Jahren die Empfänger:innenzahl tendenziell zu und erreichte 2014 mit rund 350.000 einen neuen Höhepunkt, der etwa 23.400 Empfänger:innen unter dem Ausgangsniveau von 1995 lag. Ebenso stiegen die Nettoausgaben fast kontinuierlich auf 3,8 Mrd. EUR im Jahr 2016 an. Im Jahr 2017 ist eine deutliche Abnahme der Anzahl um 17,1 % im Rahmen der Leistungsausweitung des PSG II zu erkennen (Rothgang & Müller, 2021, S. 129). Gleichzeitig reduzierten sich die Nettoausgaben um 10,7 %. Danach die Empfänger:innenzahl bis auf ca. 315.900 im Jahr 2020 leicht anstieg, nahmen auch die Nettoausgaben wieder zu. Im Jahr 2020 bezifferten sich die Nettoausgaben auf 4,3 Mrd. EUR, was einer Reduktion von 31,3 % gegenüber 1995 entspricht. Jedoch sank der Anteil der Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen, nachdem er von 1999 bis 2015 zwischen 11,7 und 13,2 % schwankte, auf 7,3 % im Jahr 2019 (Destatis, 2022e).

Die Hilfe zur Pflege zählt zum Ausgabenträger öffentliche Haushalte.

Zwischen 1995 und 2020 sanken die Zahl der Empfänger:innen und die Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege.

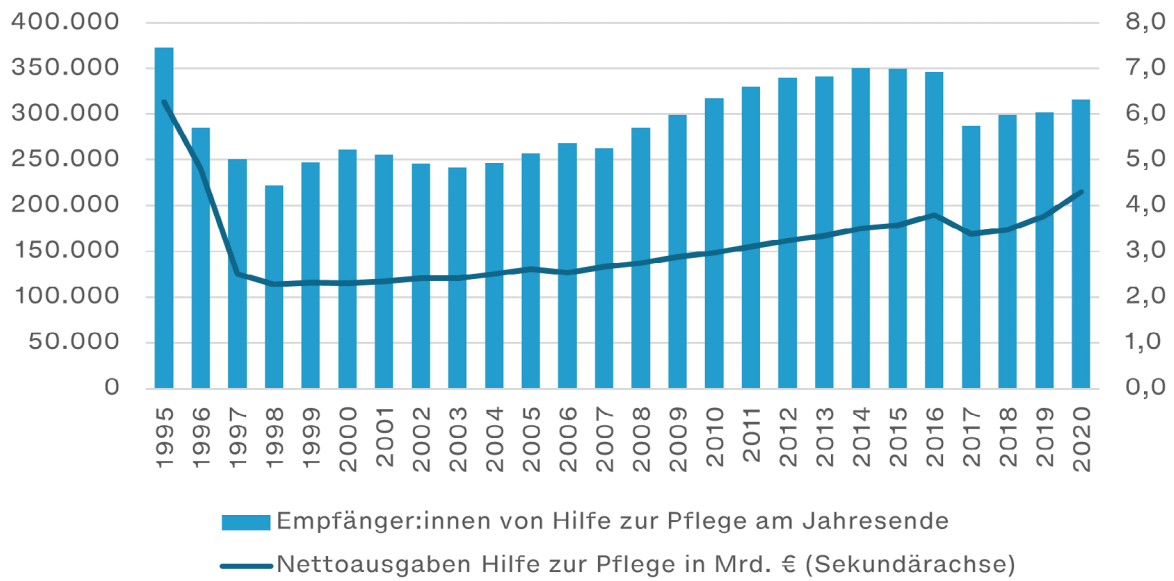


Abbildung 11: Entwicklung der Empfänger:innen und der Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege
 Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Destatis (2021, 2022d); Rothgang und Müller (2021, S. 129)

5 Die prognostizierte Zukunft des sozialen Pflegeversicherungssystems

5.1 Prognosen zur Anzahl der Pflegebedürftigen

Während für die Gesamtbevölkerung in Deutschland bis 2050 mit einem Rückgang auf rund 80,2 Mio. Personen gerechnet wird, zeigen Prognosen für den Anteil der mindestens 80-Jährigen einen Anstieg von 7,3 % im Jahr 2021 auf 12,1 % im Jahr 2050 (Destatis, 2022b). Die Alterung der Gesamtbevölkerung ist vor allem dadurch bestimmt, dass die stark besetzten Jahrgänge von 1955 bis 1970, die als Babyboom-Generation bezeichnet werden, in den nächsten Jahrzehnten ins Senior:innenalter wechseln. Zusätzlich werden die quantitativ kleineren Geburtsjahrgänge zur Verschiebung der Relationen zwischen den einzelnen Altersgruppen deutlich beitragen. Während im Jahr 2018 100 Personen im Alter von 20 bis 66 Jahren 60 Personen unter 20 sowie ab 67 Jahren gegenüberstanden, werden es im Jahr 2040 bereits 80 unter 20- und über 66-Jährige sein (Destatis, 2019a, S. 11, 19, 27, 53).

Prognosen zur Altersstruktur der Gesamtbevölkerung

Die demografische Alterung und die steigende Pflegewahrscheinlichkeit mit zunehmenden Alter führen dazu, dass auch in Zukunft mit einer zunehmenden Zahl von Pflegebedürftigen gerechnet werden muss (Bertelsmann Stiftung, 2019, S. 5). Jedoch sind Prognosen vor allem über einen langen Zeithorizont mit Unsicherheiten verbunden (Schwinger, Klauber & Tsiasioti, 2020, S. 7). So ist bspw. der konkrete Effekt bzw. Umsetzungsnutzen rehabilitativer Maßnahmen bei Pflegebedürftigen aufgrund der Komplexität der Maßnahmen und ihrer Kontextbedingungen nicht quantifizierbar, obwohl deren generelle Wirksamkeit bestätigt ist (Lübke, 2017, S. 237). Darüber hinaus ist empirisch nicht eindeutig belegt, wie sich der Anstieg der Lebenserwartung auf die Pflegewahrscheinlichkeit auswirkt. Dabei besteht die Möglichkeit, dass mit zunehmender Lebenserwartung die altersspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeit unverändert bleibt, ansteigt oder sinkt (Ehrentraut et al., 2019, S. 60). Eine Analyse von Kreft und Doblhammer (2016, S. 13) zeigt, dass einige Landkreise in Deutschland eine Kompression der Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit auf einen kürzeren Zeitraum vor dem Tod aufweisen, während in anderen Landkreisen der Anteil der Pflegebedürftigen wächst, deren Lebensjahre mit Pflegebedürftigkeit steigen.

Einflussfaktoren auf die Prognosen

Allerdings ist sogar bei einer Kompression der altersabhängigen Pflegebedürftigkeit mit einer Zunahme der Pflegefallzahlen auf insgesamt über 5,0 Mio. im Jahr 2050 zu rechnen, da die quantitative Besetzung der älteren Kohorten zukünftig deutlich ansteigen wird (Kochskämper, 2021, S. 7). Wenn von einer konstanten altersspezifischen Pflegefallwahrscheinlichkeit ausgegangen wird, prognostizieren Ehrentraut et al. (2019, S. 60–61) für das Jahr 2050 die Anzahl der Pflegebedürftigen auf ca. 5,3 Mio. in der SPV. Für den gleichen Zeithorizont berechnen Schwinger et al. (2020, S. 10–12) einen Anstieg auf rund 5,1 Mio., womit eine Erhöhung des Anteils der SPV-Versicherten, die pflegebedürftig sind, von 4,8 % im Jahr 2020 auf 7,4 % im Jahr 2050 einhergeht. Das BMG (2022b, S. 4, 20) erwartet auf Basis der Geschäftsstatistik der Pflegekassen, dass die Anzahl der

Prognose der Pflegefallzahlen

in der SPV versicherten Pflegebedürftigen auf ca. 6,5 Mio. bis 2050 ansteigt. Demzufolge würde sich eine Zunahme der Zahl der sozialversicherten Pflegebedürftigen um 50,4 % im Vergleich zum Jahr 2020 ergeben. Dabei steht der absoluten Fallzahlenänderung von 1996 bis 2020 in Höhe von ca. 2,8 Mio. eine prognostizierte Erhöhung von 2020 bis 2050 um rund 2,2 Mio. gegenüber.

5.2 Prognosen zur Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung

Neben der demografischen Entwicklung stellt die Bedeutung der professionellen Pflege einen weiteren zentralen Bestimmungsfaktor für die zukünftige Entwicklung der Pflegeausgaben dar (Ehrentraut et al., 2019, S. 60). So kann z. B. die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen im ambulanten sowie stationären Setting aufgrund sich wandelnder familiärer Konstellationen und der abnehmenden Bedeutung informeller Pflege durch Angehörige weiter steigen (Bertelsmann Stiftung, 2019, S. 5; Schwinger et al., 2020, S. 7, 8). Darüber hinaus ist die Dynamisierung der Pflegeleistungen ein bedeutender Faktor. Nach § 30 SGB XI dient für die Anpassung der Pflegeleistungen die kumulierte Preisentwicklung als Orientierungswert, wobei der Anstieg der Leistungsbeiträge nicht höher als die Brutto Lohnentwicklung ausfallen darf. In der Pflege sind oft personalintensive Tätigkeiten vorzufinden, die ein begrenztes Potenzial für Produktivitätssteigerungen sowie Rationalisierungen besitzen. Um eine Abwanderung von Arbeitnehmer:innen in Branchen mit höheren Produktivitätssteigerungen und damit höherer Entlohnung zu vermeiden, muss ein vergleichbarer Lohn gezahlt werden, der jedoch über der Produktivität des Pflegebereiches liegt und zu überdurchschnittlichen Kostenzunahmen führt (Baumol'sche Kostenkrankheit) (Arentz, 2019, S. 17–18; Bertelsmann Stiftung, 2019, S. 6). Demzufolge würde die gesetzlich vorgesehene Dynamisierung mit der Preisentwicklung die tatsächliche Kostenentwicklung nicht adäquat berücksichtigen (Bertelsmann Stiftung, 2019, S. 6). Zudem ist u. a. durch die geplanten Maßnahmen zur Verbesserung der Entlohnung und Struktur des Pflegepersonals mit einem zusätzlichen Finanzierungsbedarf zu rechnen (Ehrentraut et al., 2019, S. 63; Schwinger et al., 2020, S. 20).

Die demografische Entwicklung lässt für die umlagefinanzierte SPV niedrigere Beitragseinnahmen sowie steigende Ausgaben erwarten (Bahnsen & Wild, 2021, S. 2). Ehrentraut et al. (2019, S. 60–63) nehmen bei ihrer Prognose eine konstante altersspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeit, einen fortsetzenden Trend zur professionellen Pflege und eine Dynamisierung der Pflegeleistungen nach der Entwicklung des nominalen BIP je Einwohner:in an. Dadurch wird ein Anstieg der Ausgaben der SPV bis zum Jahr 2050 auf nominal über 181,3 Mrd. EUR prognostiziert, was dem 3,69-fachen Niveau von 2020 entsprechen würde. Zur Finanzierung dieses Ausgabenanstiegs müsste unter Berücksichtigung der Zuführungen aus dem Pflegevorsorgefonds der Beitragssatz der SPV bis 2050 auf 4,6 % angehoben werden. Ebenso könnten in entsprechendem Maße der Bundeszuschuss erhöht, die Beitragsbemessungsgrenze angehoben, weitere Einkunftsarten zur Bemessung herangezogen oder eine Mischung der Maßnahmen erfolgen.

Einflussfaktoren auf die Ausgabenentwicklung der SPV

Ehrentraut et al. (2019) prognostizieren für das Jahr 2050 für die SPV Ausgaben in Höhe von 181,3 Mrd. EUR.

Arentz (2019, S. 11–14) betrachten verschiedene Szenarien, in denen die Ausgaben mit einer höheren Rate als die beitragspflichtigen Einnahmen ansteigen. Zwischen 1997 und 2017 stiegen die beitragspflichtigen Einnahmen pro Mitglied im Durchschnitt jährlich um 1,6 % und die Ausgaben pro Kopf um 4,7 % pro Jahr, was auf diverse Leistungsausdehnungen zurückgeführt werden kann. Jedoch sind Leistungsausdehnungen in der Zukunft kaum vorherzusehen. Wenn die Ausgaben und Einnahmen mit derselben Rate steigen, wird ein Beitragssatz von 4,1 % im Jahr 2040 prognostiziert. Dementsprechend würde sich die durchschnittliche Beitragsbelastung pro Mitglied von 645 EUR im Jahr 2017 auf 937 EUR im Jahr 2040 erhöhen. Im Szenario mit einem Abstand zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung von 2 Prozentpunkten ist mit einem Beitragssatz von 6,4 % im Jahr 2040 zu rechnen. Bei einem Abstand von 3 Prozentpunkten ergäbe sich ein Beitragssatz von 7,9 % im Jahr 2040.

Arentz (2019) prognostiziert für das Jahr 2050 für die *SPV* einen Beitragssatz zwischen 4,1 und 7,9 %.

Im Rahmen des Tragfähigkeitsberichtes des Bundesministeriums der Finanzen (BMF) wurden Prognosen hinsichtlich der demografiebedingten Ausgabenquote der *SPV* erstellt. Dabei wird die Annahme einer unveränderten Fortführung der gegenwärtigen Politik, ein daraus resultierendes konstantes Leistungsniveau der Pflegeversicherung und eine Anpassung der Leistungsausgaben entsprechend der Wachstumsrate der Bruttolöhne getroffen. Ausgehend von einem Ausgaben-niveau der *SPV* von 1,2 % im Jahr 2018 ist in einer eher pessimistischen Variante ein Anstieg auf 2,3 % des BIP bis zum Jahr 2050 zu erwarten. In der eher optimistischen Variante steigt die Ausgabenquote um 0,7 Prozentpunkte auf 1,9 % des BIP (BMF, 2019, S. 20, 22, 28).

Das BMF (2019) prognostiziert für das Jahr 2050 und die *SPV* eine Ausgabenquote zwischen 4,1 und 7,9 % des BIP.

6 Ansatzpunkte und Reformoptionen für ein nachhaltiges Finanzierungssystem

Allgemeine Einflussfaktoren auf das Finanzierungssystem der Pflege

Die Prognosen werfen die Frage auf, wie die steigenden Ausgaben langfristig tragfähig finanziert werden können. Dabei wirken auf das externe Umfeld des Finanzierungssystems der Pflege allgemeine Einflussfaktoren, die, wie in Abbildung 12 dargestellt, in Anlehnung an die PEST-Analyse mittels vier Kategorien (political, economic, social, technological) strukturiert werden können.

Zu den politischen Einflussfaktoren zählen sowohl die politische Stabilität als auch die allgemeine sowie branchenrelevante Gesetzgebung, die die Pflegefinanzierung beeinflussen können (Grootz, Brandstädter, Schaefer & Huthwelker, 2019, S. 17). Zudem wirken, wie unter 4.1 bereits erwähnt, ökonomische Faktoren, wie z. B. die Arbeitsmarkt-, Wachstums- sowie Einkommensdynamik, vor allem auf die Einnahmeentwicklung der Pflegeversicherung ein. Ein Anstieg der beitragspflichtigen Einkommen könnte u. a. durch eine Steigerung der Einkommen und damit der Arbeitsproduktivität erzielt werden (Arentz & Ulrich, 2017, S. 47, 48). Eine Einkommenssteigerung von 1,0 % pro Jahr erfordert aufgrund des demografischen Wandels ein Wachstum der Arbeitsproduktivität um jährlich über 2 % (Eichert, 2016, S. 1). Jedoch ist das Erreichen solcher Produktivitätssteigerungen und der dadurch resultierenden Einkommensanstiege eher unwahrscheinlich (Arentz & Ulrich, 2017, S. 48).

Politische und ökonomische Faktoren

Der bereits genannte demografische Wandel, die Veränderung der Haushalts- sowie Familienstrukturen und der daraus resultierende Wandel der Bedeutung der professionellen Pflege können den soziokulturellen Faktoren zugeordnet werden. Vor dem Hintergrund der Digitalisierung sind auch im Pflegebereich technische Wandlungsprozesse insbesondere bei Unterstützungssystemen durch bspw. digitale Pflegeanwendungen (DiPAs), digitale Lösungen zum Monitoring, zur Kommunikation und zur Betreuung zu beobachten (Stutzer, Militzer-Horstmann, Schuppmann & Höpfner, 2022, S. 2, 5-10). Dadurch können ggf. der Pflegebedarf minimiert, die Dauer sowie Intensität der Pflege verkürzt und weniger Leistungserbringer einbezogen werden (Schuppmann et al., 2022, S. 26). Mögliche Risiken für die Digitalisierung der Pflege werden u. a. in der Skepsis im Bereich des Datenschutzes, im erhöhten Risiko für einen Ausfall durch Stromausfälle oder technische Defekte und in der meist abnehmenden Kompetenz der Nutzung digitaler Technologien von älteren Personen gesehen (Granja, Janssen & Johansen, 2018, S. 8; Stutzer et al., 2022, S. 12–15).

Soziale und technologische Faktoren

Haupteinflussfaktoren auf die Einnahmen und Ausgaben

Neben den Umfeldfaktoren fasst Abbildung 12 die Haupteinflussfaktoren auf die Einnahmen sowie Ausgaben des Pflegeversicherungssystems zusammen. Mögliche Reformoptionen, die an diese Einflussfaktoren ansetzen können, werden aufgeführt, wobei keine abschließende Darstellung erfolgt. Grundsätzlich können zwei Reformstrategien unterschieden werden: Ein Systemwechsel oder die Weiterentwicklung des bestehenden Systems der umlagefinanzierten SPV (Rothgang & Preuss, 2007, S. 22–24).

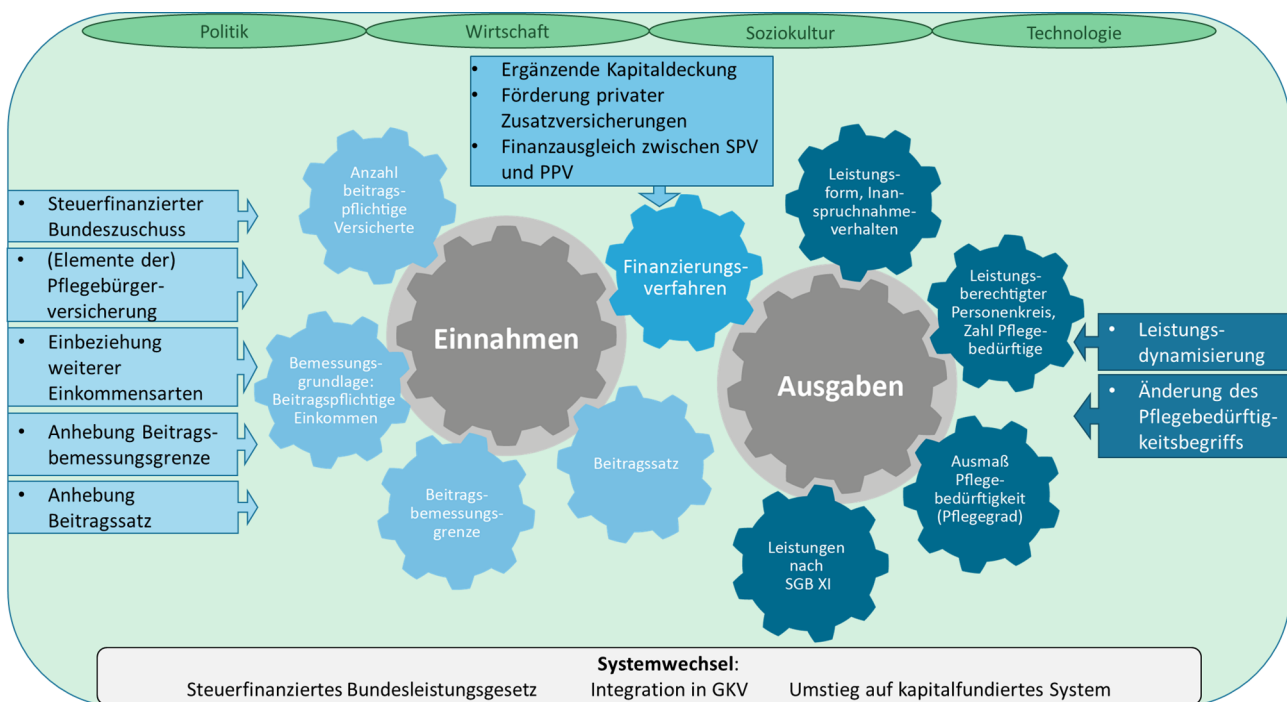


Abbildung 12: Überblick der Reformoptionen

Quelle: Eigene Darstellung

Ein Systemwechsel kann u. a. die Ablösung der gesetzlichen Pflegeversicherung durch ein steuerfinanziertes Bundesleistungsgesetz vorsehen. Danach sollen nur Leistungen bezogen werden dürfen, wenn weder auf eine private Vorsorge noch auf Einkommen bzw. Vermögen zurückgegriffen werden kann (Gasche, 2007, S. 27; Greiner & Bowles, 2007, S. 346). Dabei werden die Leistungen steuerfinanziert und nur bei medizinischer Bedürftigkeit gewährt. Allerdings reichte meist das Einkommen bzw. Vermögen nicht aus, sodass im Jahr 1993 von den stationär versorgten Pflegebedürftigen rund 80 % in den alten Bundesländern und fast 100 % in den neuen Bundesländern Sozialhilfe in Anspruch nahmen (Deutscher Bundestag, 1993, S. 61). Aufgrund der demografischen Entwicklung wären deutlich steigende Ausgaben zu erwarten, die Steuererhöhungen zur Folge haben könnten. Zudem würde das Ziel bei der Einführung der Pflegeversicherung, die *öffentlichen Haushalte* zu entlasten, nicht erreicht werden (Gasche, 2007, S. 27–28).

Steuerfinanziertes Bundesleistungsgesetz

Des Weiteren kann ein Systemwechsel durch die Integration der SPV in die GKV erfolgen, wodurch vor allem berücksichtigt wird, dass Pflegebedürftigkeit oft mit einer vorangegangenen Erkrankung verbunden ist (Greiner & Bowles, 2007, S. 346). Dadurch könnten derzeit existierende Schnittstellenprobleme zwischen GKV sowie SPV und Abgrenzungsprobleme zwischen Leistungen der Krankenversicherung und Pflegeleistungen gelöst werden, sodass eine integrierte abgestimmte Leistungserstellung mit mehr Effizienz bei der Leistungserbringung und einer verbesserten Versorgung etabliert werden könnte (Gasche, 2007, S. 25–26; Greiner & Bowles, 2007, S. 346). Allerdings hängen die Wirkungen einer Integration von der Ausgestaltung des Finanzierungs- und Leistungssystems ab. Hinsichtlich der Ausweitung des Teilkostencharakters der Pflegeversicherung

Integration der SPV in die GKV

auf die *GKV* besteht Kritik, dass die Leistungen der *GKV* auf eine Grundversorgung begrenzt würden. Dagegen wird bei der Übertragung des Bedarfsprinzips der *GKV* auf die Pflegeversicherung kritisiert, dass die Leistungsausweitung zu noch weitaus höheren pflegerischen Ausgaben führe. Wenn das Bedarfsprinzip und gleichzeitig das Teilkostenprinzip bestehen bleiben, würden auch nach einer Integration Schnittstellenprobleme existieren (Gasche, 2007, S. 25–26).

Eine weitere Reformoption im Rahmen eines Systemwechsels ist der Umstieg auf eine kapitalfundierte Pflegeversicherung. Dabei sind verschiedene Umstiegsmodelle, wie ein sofortiger Umstieg oder ein Auslaufmodell, bei dem nur der jüngere Bevölkerungsteil in das kapitalfundierte System einbezogen wird, denkbar (Greiner & Bowles, 2007, S. 346; Rothgang & Preuss, 2007, S. 22–23). Jedoch führt jede Art von Umstieg immer zu einer Doppelbelastung der Umstiegsgenerationen, da diese für sich einen Kapitalstock aufbauen und gleichzeitig die Bedarfe der aktuellen Nettoempfänger:innen finanzieren müssten (Gasche, 2007, S. 34–35). Die Vorteile einer Pflegeversicherung nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren werden vor allem darin gesehen, dass keine Belastungen auf künftige Generationen verlagert, sondern von den betroffenen Generationen selbst gedeckt würden. Zudem bestände im Gegensatz zum Umlagesystem eine weitgehende Unabhängigkeit von demografischen Veränderungen, da die Prämie und die Leistungssätze nicht durch den Altenquotient beeinflusst würden (Arentz, Läufer & Roth, 2011, S. 15). Gründe gegen das Anwartschaftsdeckungsverfahren werden u. a. in der Abhängigkeit von Schwankungen des Kapitalmarktes und der fehlenden Umverteilung von einkommensstarken zu einkommensschwachen Versicherten gesehen (Börsch-Supan, o. J., S. 4, 7; Breyer, 2000, S. 401).

Umstieg auf eine kapitalfundierte Pflegeversicherung

Wenn das bisherige Pflegeversicherungssystem erhalten bleiben soll, kann einerseits eine Erschließung zusätzlicher Finanzmittel und/oder andererseits eine Reduktion der Ausgaben erfolgen (Rothgang & Preuss, 2007, S. 22–24). Zudem bestehen Reformoptionen bezüglich der Finanzierungsverfahren, die sowohl die Einnahmen als auch die Ausgaben beeinflussen.

Die Einnahmen können z. B. durch die Anhebung des steuerfinanzierten Bundeszuschusses, der sich ab dem Jahr 2022 auf 1 Mrd. EUR pro Jahr beläuft, erhöht werden. Laut Rothgang und Preuss (2007, S. 23) bedürfen Bundeszuschüsse in einem Sozialversicherungssystem grundsätzlich einer Begründung. Diese wird z. B. in der Rentenversicherung in der Verantwortung des Bundes für die Stabilität des Versicherungszweiges (IAQ, 2021a, S. 2) und in der Übernahme allgemeiner Staatsaufgaben als versicherungsfremde Leistungen durch das Versicherungssystem gesehen (Mackscheidt & Maier-Rigaud, 2020, S. 6; Rothgang & Preuss, 2007, S. 23). Diese Thematik ist allerdings nicht unumstritten, sodass aktuell keine allgemeingültige Abgrenzung zwischen versicherungsfremden Leistungen und originären Sozialversicherungsleistungen existiert (Höpfner, Berndt, Schäffer & Militzer-Horstmann, 2020, S. 9; Kochskämper, 2021, S. 35–36). Nach Raffelhüschen, Bahnsen, Kohlstruck, Seuffert und Wimmesberger (2021, S. 12) führen Steuerzuschüsse zu einer Abhängigkeit der Finanzierung der Pflegeausgaben von der finanziellen Situation des Bundes sowie den Haushaltsentscheidungen der politischen Entscheidungsträger, sodass der Vorteil einer haushaltspolitisch unabhängigen Sozialversicherung entfällt. Dabei besteht die Gefahr, wie das Beispiel

Erhöhung des steuerfinanzierten Bundeszuschusses

des Bundeszuschusses zur *GKV* zeigt, dass nicht weiter spezifizierte Zuschüsse je nach gesamtwirtschaftlicher Lage erhöht oder gesenkt werden (Rothgang, Kalwitzki & Cordes, 2019, S. 82). Insgesamt können laut Rothgang und Preuss (2007, S. 23) Bundeszuschüsse lediglich als ein Element einer umfassenden Strategie für eine nachhaltige Finanzierung angesehen werden.

Darüber hinaus können Bürgerversicherungselemente eingeführt werden, die durch Einbeziehung aller Bürger den versicherungspflichtigen Personenkreis der *SPV* und damit die Beitragsbasis ausweiten (Rothgang & Preuss, 2007, S. 23). Dies würde auch die Segmentierung der gesetzlichen Pflegeversicherung überwinden, die vor allem aus verteilungspolitischer Sicht kritisiert wird (Gasche, 2007, S. 28; Rothgang, Arnold, Wendlandt, Sauer & Wolter, 2011, S. 140). Während Personen mit hohen Risiken und Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze in der *SPV* bleiben, wechseln einkommensstarke Personen mit niedrigen Risiken aus der Solidargemeinschaft in die *PPV*, sodass es zu einer Einkommens- und Risikoselektion kommt (Gasche, 2007, S. 28). Die Reformoption der Bürgerversicherung würde das Prinzip einer solidarischen Pflegeversicherung unterstützen, allerdings wäre die fiskalische Ergiebigkeit hinsichtlich der zu erwarteten Mehreinnahmen gering (Rothgang & Preuss, 2007, S. 23). Zudem würde sich die durch die Ausweitung des Umlagesystems die intergenerative Umverteilung zulasten zukünftiger Generationen erhöhen (Gasche, 2007, S. 29).

Einführung von Elementen der Pflegebürgerversicherung

Die Weiterentwicklung des bestehenden Systems kann auch dadurch erfolgen, dass weitere Einkommensarten in die Beitragspflicht einbezogen werden (Rothgang & Preuss, 2007, S. 22–24). Die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage würde Mehreinnahmen generieren, denen im Vergleich zur Ausdehnung des Versichertenkreises bei Bürgerversicherungselementen keine zusätzlichen Ausgaben gegenüberstehen. Jedoch könnten die Beitragsmehreinnahmen nach Rothgang (2007, S. 352) die intergenerative Lastverschiebung nur abmildern und nicht beseitigen, sodass die Dynamik im Beitragssatz auf lange Sicht erhalten bleibt.

Einbeziehung weiterer Einkommensarten

Zudem können die Einnahmen im bisherigen Pflegeversicherungssystem durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze erhöht werden. Dies würde die vertikale Umverteilung von einkommensstarken zu einkommensschwachen Versicherten stärken (Rothgang & Preuss, 2007, S. 23). Kritik an dieser Maßnahme besteht darin, dass einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze keine äquivalente Leistungsausweitung in der *SPV* gegenüberstände, sodass der Beitrag zunehmend den Charakter einer linearen Lohnsteuer erhalten würde und zu Verzerrungen des Arbeitsangebots führen könnte (Rothgang, 2007, S. 352).

Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Eine weitere Reformoption hinsichtlich der Weiterentwicklung des bisherigen Systems ist die Anhebung des Beitragssatzes. Bisher wurden zur Finanzierung wichtiger, aber gleichzeitig ausgabenerhöhenden Pflegereformen, wie die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes 2017, primär kurzfristig orientierte Beitragssatzerhöhungen genutzt (Ehrentraut et al., 2019, S. 63). Grundsätzlich könnten sich mittel- bis langfristig die Finanzierungsprobleme der *SPV* vor dem Hintergrund der angestrebten Begrenzung der Sozialabgabenquote auf 40,0 % (Sozialgarantie) mit Beitragssatzerhöhungen nicht beheben lassen (Neusius, 2021, S. 894–895; Rothgang & Preuss, 2007, S. 23). Des Weiteren würden mit

Anhebung des Beitragssatzes

Beitragssatzsteigerungen auch hier eine Erhöhung der intergenerativen Umverteilung einhergehen (Rothgang, 2007, S. 360). Wenn ein starker Anstieg der Beitragsbelastung vermieden werden soll, kann die Anhebung des Beitragssatzes nur ein Teilelement einer Mischstrategie sein (Rothgang & Preuss, 2007, S. 23).

Neben diesen Reformoptionen, die das bestehende System durch die Erschließung zusätzlicher Finanzmittel weiterentwickeln, bestehen auch Maßnahmen zur Reduktion der Ausgaben. Um die Ausgaben zu reduzieren, könnten die gesetzlich festgelegten Pflegeleistungen z. B. durch eine aussetzende bzw. verringerte Leistungsdynamisierung begrenzt werden. Darüber hinaus hätte die Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und der daraus resultierende veränderte leistungsberechtigte Personenkreis Effekte auf die Ausgaben der Pflegeversicherung (Rothgang & Preuss, 2007, S. 21). Allerdings könnte die Reduzierung des Leistungsniveaus bei gleichen Beiträgen zu einer intergenerativen Ungleichbehandlung führen (Rothgang, 2007, S. 351). Gleiches gilt für die einschränkende Änderung des gesetzlichen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, die einen kleineren leistungsberechtigten Personenkreis zur Folge hätte. Da das Absinken der realen Pflegeversicherungsleistungen vermieden und die Eigenanteile begrenzt werden sollen, erscheint die Reduktion der gesetzlichen Leistungen oder des leistungsberechtigten Personenkreises hinsichtlich der Ziele der Pflegeversicherung unangemessen (Rothgang, Heinze & Kalwitzki, 2021, S. 19).

Leistungsdynamisierung und Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes

Zur Weiterentwicklung des bisherigen Pflegeversicherungssystems können Reformoptionen auch am Finanzierungsverfahren ansetzen. Das System des Umlageverfahrens der *SPV* kann durch eine Kapitalbildung ergänzt werden, indem alle Versicherte verpflichtet werden, in ein ergänzendes System, wie eine kapitalgedeckte private Zusatzversicherung, einzuzahlen (Rothgang & Preuss, 2007, S. 22–24). Alternativ kann die Verpflichtung zum Abschluss einer privaten Zusatzversicherung nur für Versicherte bis zu einer bestimmten Altersgrenze vorgesehen werden (Greiner & Bowles, 2007, S. 344). Diese Optionen könnten zu einer größeren Demografiefestigkeit führen, jedoch könnten zusätzliche Verwaltungskosten und Koordinierungsprobleme entstehen (Rothgang, 2007, S. 369). Zudem besteht auch hier die bereits aufgeführte Kritik hinsichtlich der Abhängigkeit von Kapitalmarktschwankungen.

Ergänzende Kapitalbildung

Ebenso besteht durch eine höhere staatliche Förderung der privaten Pflege-Zusatzversicherungen die Möglichkeit, die eigenverantwortliche Pflegevorsorge zu stärken. Derzeit unterstützt der Staat die private Pflegevorsorge mit einer Zulage von 60 EUR im Jahr (BMG, 2017c). An der Pflege-Zusatzversicherung wird kritisiert, dass es aufgrund der langen Laufzeit und der unvorhersehbaren Entwicklung der Pflegekosten sowie der Leistungen der *SPV* unmöglich sei, ein bestimmtes reales Leistungsniveau abzusichern. Zudem sollte es keine substitutiven Wirkungen wie eine Verminderung des Realwertes der Leistungen der *SPV* durch unzureichende Leistungsdynamisierung geben, die die *SPV* schwächen (Rothgang & Jacobs, 2013, S. 30).

Staatliche Förderung privater Pflege-Zusatzversicherungen

Daneben könnte, da die *PPV* vor allem einkommensstarke Personen mit geringer Pflegewahrscheinlichkeit im Vergleich zur *SPV* versichert, ein Finanzausgleich zwischen *SPV* und *PPV* eine ausgewogene Lastenverteilung und eine übergreifende Solidarität sicherstellen (Deutscher Verein für öffentliche und private Für-

Finanzausgleich zwischen *SPV* und *PPV*

sorge e. V., 2020, S. 23; vdek, 2020, S. 3). Allerdings könnten in Zukunft die Leistungsausgaben pro Versicherten in der *PPV* über denen der *SPV* liegen, da der Anteil der Versicherten im pflegerelevanten Alter in der *PPV* höher als in der *SPV* ausfallen könnte. Dies würde bei einer Risikoteilung von *PPV* und *SPV* zu einem Finanzausgleich führen, bei dem aus Mitteln der *SPV* die *PPV* entlastet wird (Neusius, 2019, S. 424).

Verschiedene Institutionen beziehen Position zu möglichen Reformen des Pflegeversicherungssystems. Die Techniker Krankenkasse (TK) befürwortet u. a. einen dauerhaften Steuerzuschuss aus dem Bundeshaushalt zur *SPV* und aufgrund der ungleichen Verteilung von Risiken einen Finanzausgleich zwischen der *SPV* und *PPV* (TK, 2021). Der PKV-Verband schlägt im Rahmen eines neuen Generationenvertrags für die Pflege eine regelmäßige Dynamisierung der Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung für Personen ab 85 Jahren vor, die 50,0 % der realen Kostenentwicklung abdeckt. Für 61- bis 84-Jährige wird die Dynamisierung schrittweise abgeschmolzen, sodass für Personen bis 60 Jahren der Leistungsanspruch auf dem heutigen Niveau festgeschrieben wird und diese die wachsenden Eigenanteile vollständig durch private Vorsorge absichern müssen (PKV-Verband, 2022a). Neben den bereits genannten Reformoptionen wurden weitere Ansatzpunkte vorgeschlagen, die vor allem die Rahmenbedingungen des Pflegefinanzierungssystems beeinflussen. So empfiehlt bspw. der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. den Ländern, ihre gesetzliche Infrastrukturverantwortung stärker wahrzunehmen, um eine leistungsfähige sowie flächendeckende Pflegeinfrastruktur zu gewährleisten. Darüber hinaus sollten Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt werden, um Pflegebedürftigkeit zu verringern, hinauszuzögern oder zu vermeiden. Zur Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile werden für eine jährliche Dynamisierung der Leistungen entsprechend der Preis- sowie Personalkostenentwicklung in der Pflege und für das Modell des Sockel-Spitze-Tauschs⁴ plädiert (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., 2020, S. 6-10, 18).

**Zusammenfassung
der Reformoptio-
nen**

⁴ Im Allgemeinen wird beim Sockel-Spitze-Tausch das bestehende Verhältnis von Versicherungsleistungen (Sockel) und Eigenfinanzierung (Spitze) umgekehrt. Demzufolge wird von den leistungsberechtigten Pflegebedürftigen ein einheitlicher Sockelbetrag gezahlt, während darüber hinausgehende Kosten von der Pflegekasse finanziert werden (Rothgang & Kalwitzki, 2019).

7 Fazit

Mit über 4,1 Mio. Personen hat die Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2019 den höchsten bisher verzeichneten Stand erreicht. Im Wesentlichen ist der Anstieg einerseits auf die demografische Entwicklung und andererseits auf Ausweitungen der Leistungsberechtigung im Rahmen von Gesetzesänderungen zurückzuführen. Infolgedessen haben sich die Ausgaben für pflegerische Leistungen der insgesamt acht Ausgabenträger von 1992 bis 2020 auf rund 102 Mrd. EUR fast vervierfacht. Seit 1995 wies die *SPV*, die den größten Kostenanteil der pflegerischen Leistungen trägt, den stärksten Ausgabenanstieg unter allen Ausgabenträgern auf. Da sich die Ausgaben fast verzehnfachten, wurden die Beitragssätze von anfänglich 1,0 % auf 3,1 % bzw. 3,4 % angehoben. Auch die Ausgaben der *PPV* nahmen stark zu. Trotz des Ziels, die finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen zu mildern, nahmen die pflegerischen Ausgaben des Ausgabenträgers *private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck* zu. Ebenso ist bei den Versicherten in stationärer Pflege, die in diesem Ausgabenträger mit enthalten sind, die durchschnittliche finanzielle Belastung gestiegen. Hinsichtlich der angestrebten finanziellen Entlastung der *GKV* konnte zwar eine geringe Abnahme der Pflegeausgaben mit der Einführung der Pflegeversicherung erzielt werden, allerdings stiegen die pflegerischen Ausgaben der *GKV* trotz abnehmenden Finanzierungsanteilen an den gesamten Pflegeausgaben bis 2020 auf fast das doppelte Niveau von 1999. Die *öffentlichen Haushalte* konnten, wenn auch in begrenztem Maße, entlastet werden. Zudem sind die Zahl der Empfänger:innen und die Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege gesunken.

Die Zahl der Pflegebedürftigen und die Gesamtausgaben für pflegerische Leistungen stiegen zwischen 1999 und 2019 kontinuierlich an.

Auch in Zukunft muss mit einer steigenden Zahl der Pflegebedürftigen aufgrund des demografischen Wandels gerechnet werden, sodass für die *SPV* Pflegefallzahlen zwischen 5,1 Mio. und 6,5 Mio. im Jahr 2050 prognostiziert werden. Zudem bewirken vor allem demografische und sozialstrukturell bedingte Trends eine Nachfrageverschiebung zu professioneller sowie vollstationärer Pflege. Angemessene Leistungsdynamisierungen, um den Anstieg der Eigenanteile der *privaten Haushalte* zu begrenzen und eine zunehmende Zahl der Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege zu verhindern, führen zu zusätzlichen Ausgabensteigerungen in der *SPV* und *PPV*. Infolgedessen wird für das Jahr 2050 ein Beitragssatz in der *SPV* von 4,6 % prognostiziert. Zwar sind die Prognosen mit einigen aus den Annahmen resultierenden Unsicherheiten verbunden, jedoch erscheint die Zukunftstauglichkeit des Finanzierungssystems der Pflege fraglich. Auch die anderen umlagefinanzierten Sozialversicherungssysteme der Kranken-, Renten-, Unfall- sowie Arbeitslosenversicherung werden mit den Effekten der demografischen Entwicklung konfrontiert, sodass die Summe der Sozialversicherungsabgaben die Beitragszahler:innen finanziell überfordern könnte (Arentz, 2019, S. 19). Zusätzlich ist aufgrund des hohen zukünftigen Finanzierungsbedarfs unklar, inwieweit die derzeitigen Leistungsansprüche dauerhaft erfüllt werden können. Wenn ein Absinken des realen Pflegeversicherungsleistungsniveaus und starke Beitragssatz- bzw. Prämienanstiege vermieden werden sollen, scheint eine Reform unumgänglich.

Für die Zukunft wird ein Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen und der Pflegeausgaben prognostiziert.

Um das Finanzierungssystem langfristig tragfähig zu gestalten, existieren zwar verschiedene Ansatzpunkte sowie Reformoptionen, jedoch sind diese zum Teil mit möglichen ungewollten Effekten sowie weitreichenden Verteilungswirkungen verbunden. Sowohl ein Systemwechsel als auch die Weiterentwicklung des bestehenden Systems der umlagefinanzierten *SPV* weisen bestimmte Chancen sowie Grenzen auf. Folglich besteht im Rahmen einer Reformierung des Finanzierungssystems die Frage, wie die Reformoptionen insgesamt unter Berücksichtigung sowohl ihrer finanziellen als auch weiteren Auswirkungen zu bewerten sind.

Eine Reform der Finanzierung des Pflegesystems scheint hinsichtlich der langfristigen Tragfähigkeit unumgänglich.

Literaturverzeichnis

Forschungsliteratur und Quellen

- AOK-Verlag (Hrsg.). (2022). *Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG*. Online: <<https://www.aok-verlag.info/de/news/Gesundheitsversorgungs-und-Pflegeverbesserungsgesetz-GPVG/511/>> (abgerufen am 22.08.2022).
- Arentz, C. (2019). *Szenarien zur zukünftigen Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung*. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP). (WIP-Analyse, 2). Online: <https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien_in_Buchform/WIP-Analyse_2_2019_Szenarien_zur_zukuenftigen_Finanzentwicklung_SPV.pdf> (abgerufen am 14.06.2022).
- Arentz, C., Läufer, I. & Roth, S. (2011). *Pflegevorsorge II – Einstieg in den Umstieg auf Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung*. Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln. (IWP Discussion Paper, 2011/1). Online: <https://iwp.uni-koeln.de/sites/iwp/Dokumente/04_Publikationen/iwp_Policy_Paper/IWP_DP_01_2011.pdf> (abgerufen am 01.08.2022).
- Arentz, C. & Ulrich, V. (2017). *Entwicklung des GKV-Beitragssatzes in mittlerer und langer Frist (2030/2060). Mögliche Pfade und Szenarien*. (Diskussionspapier 04/17). Online: <<http://docplayer.org/63972760-Entwicklung-des-gkv-beitragssatzes-in-mittlerer-und-langer-frist-2030-2060.html>> (abgerufen am 14.06.2022).
- Bahnsen, L. & Wild, F. (2021). *WIP-Kurzanalyse April 2021. Finanzielle Auswirkungen der Pläne einer Pflegereform 2021*. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP). Online: <https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/WIP-Kurzanalysen/WIP-Kurzanalyse_Pflegereform_Maerz2021.pdf> (abgerufen am 20.06.2022).
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). (2019). *Perspektive Pflege. Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung*. Online: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_Perspektive_Pflege.pdf> (abgerufen am 31.05.2022).
- BMF – Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.). (2019). *5. Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen*. Online: <https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/Broschueren_Bestellservice/2020-03-11-tragfaehigkeitsbericht.pdf> (abgerufen am 20.06.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2016). *Pflege-Neuausrichtungsgesetz*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflege-neuausrichtungsgesetz.html>> (abgerufen am 21.03.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2017a). *Beitragsbemessungsgrenze*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/beitragsbemessungsgrenze.html>> (abgerufen am 01.08.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2017b). *Pflegevorsorgefonds*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegevorsorgefonds.html>> (abgerufen am 29.03.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2017c). *Pflege-Vorsorgeförderung*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflege-vorsorgefoerderung.html>> (abgerufen am 23.05.2022).

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021a). *Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/2020_Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_bf.pdf> (abgerufen am 21.03.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021b). *Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitsversorgung/weiterentwicklungsgesetz.html>> (abgerufen am 20.06.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021c). *Siebter Pflegebericht. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland: 2016-2019*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebericht/Siebter_Pflegebericht_barrierefrei.pdf> (abgerufen am 07.03.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022a). *Finanzierung der Pflegeversicherung*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung/finanzierung.html#c4206>> (abgerufen am 13.04.2022).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022b). *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_Stand_April_2022_bf.pdf> (abgerufen am 30.05.2022).
- Börsch-Supan, A. (o. J.). *Was für die Kapitaldeckung und was für das Umlageverfahren spricht*. (Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung, 587). Online: <<https://madoc.bib.uni-mannheim.de/1024/1/587.pdf>> (abgerufen am 22.08.2022).
- Breyer, F. (2000). Kapitaldeckungs- versus Umlageverfahren. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, 1(4), S. 383–405. DOI: <<https://doi.org/10.1111/1468-2516.00024>> (abgerufen am 22.08.2022).
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hrsg.). (2022). *Zahlungen aufgrund der COVID-19-Pandemie*. Online: <<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/covid-19-krankenhausentlastungsgesetz/ueberblick/>> (abgerufen am 22.08.2022).
- Bundesregierung (Hrsg.). (2018). *Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung (BSAG)*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/B/Beitragssatzanpassungen_Pflege.pdf> (abgerufen am 28.03.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2019a). *Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. Online: <https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2019/Bevoelkerung/pressebroschuere-bevoelkerung.pdf?__blob=publicationFile> (abgerufen am 20.06.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2019b). *Zusammenhänge und Unterschiede zwischen Gesundheitsausgaben- und Finanzierungsrechnung. Methodenpapier*. Online: <<https://www.gbe-bund.de/pdf/methodenpapier.pdf>> (abgerufen am 28.03.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020a). *Gesundheitsausgabenrechnung - Methoden und Grundlagen 2018*. Online: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Methoden/gesundheitsausgabenrechnung-methoden-grundlagen.pdf?__blob=publicationFile> (abgerufen am 07.03.2022).

- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020b). *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*. Online: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschland-ergebnisse-5224001199004.pdf;jsessionid=CBC091CEC70862AF6EEEE7CDF9834B17.live712?__blob=publicationFile> (abgerufen am 25.07.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2021). *Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII. Nettoausgaben insgesamt für alle Hilfearten im Zeitvergleich*. Online: <<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/ausgaben-einnahmen-t02-nettoausgaben-insg-hilfearten-ilj-zv.html>> (abgerufen am 19.04.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022a). *Ergebnis 12411-0001. Bevölkerung: Deutschland, Stichtag*. Online: <<https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1649153481980&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12411-0001&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb>> (abgerufen am 19.04.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022b). *Ergebnis 12421-0002. Vorausberechneter Bevölkerungsstand: Deutschland, Stichtag, Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung, Geschlecht, Altersjahre*. Online: <<https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=12421-0002&sachmerkmal=BEVPR1&sachschluessel=BEV-VARIANTE-02#abreadcrumb>> (abgerufen am 31.05.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022c). *Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. Euro*. Online: <https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_orientation?p_uid=gast&p_aid=61567908&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=322&p_ansnr=74122629&p_version=29&D.000=1&D.734=3&D.733=2&D.732=2> (abgerufen am 03.05.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022d). *Hilfe zur Pflege. Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege insgesamt, nach Ort der Leistungserbringung und Geschlecht im Zeitvergleich am 31.12*. Online: <<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/liste-hilfe-pflege.html>> (abgerufen am 19.04.2022).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022e). *Pflegebedürftige (Anzahl und Quote)*. Online: <https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_sort_time?p_uid=gast&p_aid=255535&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=510&p_ansnr=69118796&p_version=5&p_sortorder=a> (abgerufen am 07.03.2022).
- Deutsche Bundesbank (Hrsg.). (2007). *Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der sozialen Pflegeversicherung*. (Monatsbericht April 2007). Online: <<https://www.bundesbank.de/resource/blob/692600/14336c1cd3ff9c60e87191a0d0b62df0/mL/2007-04-soziale-pflegeversicherung-data.pdf>> (abgerufen am 01.08.2022).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (1993). *Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflegeversicherungsgesetz – PflegeVG)*. Drucksache 505/93. Online: <<https://dserver.bundestag.de/brd/1993/D505+93.pdf>> (abgerufen am 01.08.2022).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (1997). *Unterrichtung durch die Bundesregierung. Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*. Drucksache 13/9528. Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/13/095/1309528.pdf>> (abgerufen am 10.05.2022).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2019). *Streit über die Zukunft der Pflegeversicherung*. Online: <<https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2019/kw07-de-pflegeversicherung-590734>> (abgerufen am 20.06.2022).

- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hrsg.). (2020). *Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege*. Online: <<https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2020/dv-03-20-pflegefinanzierung.pdf>> (abgerufen am 23.05.2022).
- Döhner, H. & Rothgang, H. (2006). Pflegebedürftigkeit. Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(6), S. 583–594. DOI: <<https://doi.org/10.1007/s00103-006-1276-x>> (abgerufen am 17.05.2022).
- Donges, J. B., Eekhoff, J., Franz, W., Fuest, C., Möschel, W. & Neumann, M. J. M. (2005). *Tragfähige Pflegeversicherung*. Stiftung Marktwirtschaft. (Kronberger Kreis-Studien, 42). Berlin. Online: <<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/99921/1/791249654.pdf>> (abgerufen am 13.04.2022).
- Ehrentraut, O., Huschik, G., Moog, S. & Sulzer, L. (2019). *Langzeitpflege im Wandel. Pflegebedarfe, Pflegeberufe, Pflegefinanzierung*. Bertelsmann Stiftung. Online: <https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Langzeitpflege_final.pdf> (abgerufen am 20.04.2022).
- Eichert, W. (2016). *Produktivitätswachstum in Deutschland*. Deutscher Bundesverband der Deutschen Industrie e. V. Online: <https://bdi.eu/media/themenfelder/konjunktur_und_finanzaerkaete/publikationen/20161104_Industriepolitik_Dossier_Produktivitaetswachstum_in_Deutschland.pdf> (abgerufen am 14.06.2022).
- Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeversicherung (Pflegerreformgesetz)*. (2021). Arbeitsentwurf. Der Paritätische Landesverband Rheinland-Pfalz/Saarland e. V. Online: <<https://bit.ly/3RNM9vk>> (abgerufen am 10.05.2021).
- Gaertner, T. (2020). Systemimmanente Prinzipien, normative Ziele und Funktionen der sozialen Pflegeversicherung. In: T. Gaertner, S. Knoblich, T. Muck & M. Rieger (Hrsg.). *Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung*. 4., aktualisierte, überarbeitete und umfassend erweiterte Auflage. Berlin: De Gruyter, S. 62–71.
- Gasche, M. (2007). *Pflegeversicherung und Pflegesektor in Deutschland: Herausforderungen und Chancen*. Allianz Dresdner Economic Research. Online: <https://www.allianz.com/content/dam/onemarketing/azcom/Allianz_com/migration/media/current/de/images/wp_pflege_251007.pdf> (abgerufen am 01.08.2022).
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg.). (2022). Entwicklung der Beitragssätze in der Sozialversicherung. 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=8862> (abgerufen am 01.08.2022).
- Granja, C., Janssen, W. & Johansen, M. A. (2018). Factors Determining the Success and Failure of eHealth Interventions: Systematic Review of the Literature. *Journal of medical Internet research*, 20(5). DOI: <<https://doi.org/10.2196/10235>> (abgerufen am 22.08.2022).
- Greiner, W. & Bowles, D. (2007). Finanzierungsoptionen in der Sozialen Pflegeversicherung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 12(6), S. 338–351. DOI: <<https://doi.org/10.1055/s-2007-963742>>.
- Greß, S., Haun, D. & Jacobs, K. (2020). Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* (Springer eBook Collection, 2019). Berlin, Heidelberg: Springer Nature, S. 241–254.
- Greyer, J. & Schulz, E. (2014). Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. *DIW Wochenbericht*, (14), S. 294–302. Online: <https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.441657.de/14-14-2.pdf> (abgerufen am 25.07.2022).

- Grootz, S., Brandstädter, M., Schaefer, F. & Huthwelker, K. (2019). *Personalmarketing im Pflegedienst. Erfolgreiche Personalsuche für Krankenhaus und Pflegeheim*. Berlin, Heidelberg: Springer. DOI: <<https://doi.org/10.1007/978-3-662-54104-3>> (abgerufen am 13.06.2022).
- Höpfner, T., Berndt, B., Schäffer, T. & Militzer-Horstmann, C. (2020). Versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland: Verteilungswirkungen und Verteilungsgerechtigkeit. Expertise. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2020(5), S. 5–46. Online: <https://www.wig2.de/fileadmin/content_uploads/PDF_Dateien/Forschungsberichte_des_WIG2_Heft_5_Versicherungsfremde_Leistungen_02.pdf> (abgerufen am 24.06.2022).
- IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (Hrsg.). (2021a). *Bundesmittel an die Gesetzliche Rentenversicherung 2020*. Online: <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII35.pdf> (abgerufen am 23.08.2022).
- IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (Hrsg.). (2021b). *Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung 1998–2020*. Online: <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI41.pdf> (abgerufen am 29.03.2022).
- IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (Hrsg.). (2022). *Entwicklung von BIP, GKV-Ausgaben und beitragspflichtigen Einnahmen 1995–2020*. Online: <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI52.pdf> (abgerufen am 01.08.2022).
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.). (2020). *Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Berlin: Springer.
- Kochskämper, S. (2017). *Alternde Bevölkerung: Herausforderung für die Gesetzliche Kranken- und für die soziale Pflegeversicherung*. Institut der deutschen Wirtschaft (IW) (Hrsg.). (IW-Report, 8/2017). Köln. Online: <<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/157210/1/IW-Report-2017-08.pdf>> (abgerufen am 28.03.2022).
- Kochskämper, S. (2021). *Reform der sozialen Pflegeversicherung für mehr Nachhaltigkeit? Beleuchtung des Vorhabens des Bundesgesundheitsministeriums*. Institut der deutschen Wirtschaft (IW). (IW-Report, 9/2021). Köln. Online: <https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Report/PDF/2021/IW-Report_2021_Reform-Pflegeversicherung.pdf> (abgerufen am 17.05.2021).
- Kreft, D. & Doblhammer, G. (2016). Expansion or compression of long-term care in Germany between 2001 and 2009? A small-area decomposition study based on administrative health data. *Population health metrics*, 14(24), S. 1–15. DOI: <<https://doi.org/10.1186/s12963-016-0093-1>> (abgerufen am 30.05.2022).
- Lübke, N. (2017). Rehabilitationspotenziale zur Vermeidung, Verzögerung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit im Alter – Wie weit hilft die Evidenz? In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger & Antje (Hrsg.). *Pflege-Report 2017. Die Versorgung der Pflegebedürftigen*, S. 229–240.
- Mackscheidt, K. & Maier-Rigaud, R. (2020). *Die Grenzen der beitragsorientierten Sozialversicherungen: Grundsatzüberlegungen zum Verhältnis von Beitrags- und Steuerfinanzierung*. Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut an der Universität zu Köln (Hrsg.). (FiFo Discussion Paper, 20-01). Online: <<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/213940/1/168975625X.pdf>> (abgerufen am 22.08.2022).

- Neusius, T. (2019). Pflegeversicherung – Ausgleich mit Privatversicherung hilft nicht. *Wirtschaftsdienst*, 99(6), S. 421–424. Online: <<https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2019/heft/6/beitrag/pflegeversicherung-ausgleich-mit-privatversicherung-hilft-nicht.html>> (abgerufen am 02.08.2022).
- Neusius, T. (2021). Steuerzuschuss für die Pflegeversicherung. Zum Nebeneinander von sozialer und privater Pflegeversicherung. *Wirtschaftsdienst*, 101(11), S. 894–900. DOI: <<https://doi.org/10.1007/s10273-021-3053-8>>.
- Paquet, R. (2020). Struktureller Reformbedarf in der Pflegeversicherung – ein Vierteljahrhundert nach ihrer Einführung. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2020. Neuaustrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Berlin: Springer, S. 3–21. Online: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-61362-7.pdf>> (abgerufen am 21.03.2022).
- PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (2011). *Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2009/2010*. Korrigierte Version (Stand Januar 2011). Online: <https://www.djv.de/fileadmin/user_upload/Versicherungen/Krankenversicherung/Kennzahlen/zahlenbericht-2009-2010.pdf> (abgerufen am 05.04.2022).
- PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (2020). *Zahlenbericht 2019*. Online: <https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Publikationen/Zahlenbericht_2019.pdf> (abgerufen am 13.04.2022).
- PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (2021). *Beitragserhöhung für Beamte in der Pflegeversicherung 2021*. Online: <<https://www.pkv.de/wissen/beitraege/pflegebeitrag-2021/>> (abgerufen am 19.04.2022).
- PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (2022a). *Ein neuer Generationenvertrag für die Pflege. Leitplanken für eine solidarische und generationengerechte Finanzierung der Pflegeversicherung*. Online: <https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/noch_wegzusortieren/Neuer_Generationenvertrag_Langfassung.pdf> (abgerufen am 16.05.2022).
- PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (2022b). *PKV Zahlenportal – Glossar*. Online: <<https://www.pkv-zahlenportal.de/glossar#a>> (abgerufen am 05.04.2022).
- PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (2022c). *PKV Zahlenportal*. Online: <<https://www.pkv-zahlenportal.de/werte/2010/2019/12>> (abgerufen am 19.04.2022).
- Raffelhüschchen, B., Bahnsen, L., Kohlstruck, T., Seuffert, S. & Wimmesberger, F. (2021). Was kann sich der ehrbare Staat noch leisten? Update 2020/21: Corona, Schulden - und noch eine Pflegereform? *Argumente zu Marktwirtschaft und Politik*, (154). Online: <<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/229177/1/1744665095.pdf>> (abgerufen am 22.08.2022).
- Rothgang, H. (2007). Reform der Pflegeversicherung durch Weiterentwicklung des bestehenden Systems. *Wirtschaftsdienst*, 87(6), S. 364–369. Online: <https://www.researchgate.net/profile/Heinz-Rothgang/publication/47873170_Reform_der_Pflegeversicherung_durch_Weiterentwicklung_des_bestehenden_Systems/links/5433c2180cf2dc341dad9fad/Reform-der-Pflegeversicherung-durch-Weiterentwicklung-des-bestehenden-Systems.pdf> (abgerufen am 02.08.2022).
- Rothgang, H., Arnold, R., Wendlandt, K., Sauer, S. & Wolter, A. (2011). *Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung*. Gutachten aus dem Zentrum für Sozialpolitik im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 80/Die Grünen.
- Rothgang, H., Heinze, F. & Kalwitzki, T. (2021). Zur Notwendigkeit einer Finanzreform der Pflegeversicherung jenseits der „kleinen Pflegereform“ des GVWG. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 75(4-5), S. 19–28. DOI: <<https://doi.org/10.5771/1611-5821-2021-4-5-19>> (abgerufen am 22.08.2022).

- Rothgang, H. & Jacobs, K. (2013). Der Pflege-Bahr: Eine sozialpolitische Fehlentscheidung. *ZeS Report*, 18, S. 21–32. Online: <https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2013/130604_ZeS-report_2013_1.pdf#page=21> (abgerufen am 02.08.2022).
- Rothgang, H. & Kalwitzki, T. (2019). *Sockel-Spitze-Tausch sichert Lebensstandard von Pflegebedürftigen*. (Neue Caritas, 04). Online: <<https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2019/artikel/sockel-spitze-tausch-sichert-lebensstandard-von-pflegebeduer>> (abgerufen am 23.05.2022).
- Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Cordes, J. (2019). *Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung II (AAPV II)*. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform. Online: <https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2_Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf> (abgerufen am 15.08.2022).
- Rothgang, H. & Müller, R. (2019). Pflegereport 2019. Ambulantisierung der Pflege. *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, (20). Online: <<https://www.barmer.de/resource/blob/1028584/a68d16384f26a09f598f05c9be4ca76a/barmer-pflegereport-2019-band-20-bifg-data.pdf>> (abgerufen am 17.05.2021).
- Rothgang, H. & Müller, R. (2021). *BARMER Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends*. Barmer GEK. (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 32). Berlin: Barmer.
- Rothgang, H., Müller, R. & Preuß, B. (2020). *BARMER Pflegereport 2020. Belastung der Pflegekräfte und ihre Folgen*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, (26). Online: <https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2020/20201201_BARMER_Pflegereport_2020.pdf> (abgerufen am 27.05.2021).
- Rothgang, H. & Preuss, M. (2007). Optionen für eine Reform der Pflegeversicherung. *Sozialwirtschaft*, 17(5), S. 21–24. DOI: <<https://doi.org/10.5771/1613-0707-2007-5-21>> (abgerufen am 17.05.2022).
- Rothgang, H. & Schmähl, W. (1995). Die langfristige Entwicklung von Ausgaben und Beitragssatz in der gesetzlichen Pflegeversicherung. In: U. Fachinger & H. Rothgang (Hrsg.). *Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes*. (Sozialpolitische Schriften, 68), S. 155–175.
- Schneekloth, U., Geiss, S., Pupeter, M., Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Müller, R. (2017). Abschlussbericht. *Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. München. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf> (abgerufen am 07.06.2021).
- Schuppman, S. C., Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F., Müller, R. & Schmiedel, L. (2022). Begriffliche Einordnung der Pflege und Pflegeleistungen in Deutschland. In: H.-R. Hartweg, F. Knieps & K. Agor (Hrsg.). *Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 1–31. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31244-2_78-1> (abgerufen am 17.05.2022).
- 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?* (Springer eBook Collection, 2019). Berlin, Heidelberg: Springer Nature, S. 3–22.
- Sell, S. (2018). *Eine teure Angelegenheit und eine mehr als problematische Lastenverteilung. Die Eigenanteile der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege und die Rolle der „Investitionskosten“*. Online: <<https://aktuelle-sozialpolitik.de/2018/02/18/pflegeheime-und-die-investitionskosten/>> (abgerufen am 20.04.2022).

- Stutzer, F., Militzer-Horstmann, C., Schuppan, S. C. & Höpfner, T. (2022). Digitale Gesundheits- und Pflegeanwendungen – Chancen, Voraussetzungen und Hemmnisse der Digitalisierung für das Gesundheitswesen und die Pflege. In: H.-R. Hartweg, F. Knieps & K. Agor (Hrsg.). *Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 1–22. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31244-2_79-1> (abgerufen am 13.06.2022).
- TK – Techniker Krankenkasse (Hrsg.). (2021). *Die Position der TK. Soziale Pflegeversicherung – Finanzierung neu ordnen*. Online: <<https://www.tk.de/resource/blob/2102328/d82f05a47b3f4b04e56afe3a21cf8cf9/2021-03-04-position-soziale-pflegeversicherung-hh-data.pdf>> (abgerufen am 16.05.2022).
- Unger, R., Giersiepen, K. & Windzio, M. (2015). Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld. In: K. Hank & M. Kreyenfeld (Hrsg.). *Social Demography. Forschung an der Schnittstelle von Soziologie und Demografie*. (Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderhefte). Wiesbaden: Springer VS, S. 193–215. Online: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-658-11490-9.pdf>> (abgerufen am 27.07.2022).
- vdek – Verband der Ersatzkassen e. V. (Hrsg.). (2020). *Eckpunkte zur Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung. Beschlossen durch die Mitgliederversammlung am 04.12.2020*. Online: <https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/globale_dokumente/Positionen/vdek_Eckpunkte_Pflegefinanzierung.pdf> (abgerufen am 23.05.2022).
- vdek – Verband der Ersatzkassen e. V. (Hrsg.). (2022). *Daten zum Gesundheitswesen: Soziale Pflegeversicherung (SPV)*. Online: <https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html> (abgerufen am 28.03.2022).
- Wagner, F. (Hrsg.). (2017). *Gabler Versicherungslexikon*. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien. DOI: <<https://doi.org/10.1007/978-3-8349-4625-6>> (abgerufen am 13.04.2022).

Rechtsquellen

- Bundesverfassungsgericht (Hrsg.). (2001). *Urteil des Ersten Senats vom 3. April 2001 – 1 BvR 2014/95 – Rn. (1–93)*. Online: <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2001/04/rs20010403_1bvr201495.pdf> (abgerufen am 05.07.2022).
- COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz – Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen vom 27.03.2020. *BGBl. I, 2020(14)*, S. 580. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl120s0580.pdf> (abgerufen am 16.05.2022).
- GPVG – Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) vom 22.12.2020. *BGBl. I, 2020(66)*, S. 3299. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl120s3299.pdf> (abgerufen am 22.08.2022).
- GVWG – Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vom 11.07.2021. *BGBl. I, 2021(44)*, S. 2754. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl121s2754.pdf> (abgerufen am 28.03.2022).
- KiBG – Gesetz zur Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (Kinder-Berücksichtigungsgesetz – KiBG) vom 15.12.2004. *BGBl. I, 2004(69)*, S. 3448. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl104s3448.pdf> (abgerufen am 08.06.2021).

- PflegeVG – Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz) vom 26.05.1994. *BGBI. I, 1994(30)*, S. 1014. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl194s1014.pdf> (abgerufen am 20.06.2022).
- PfWG – Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28.05.2008. *BGBI. I, 2008(20)*, S. 874. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl108s0874.pdf> (abgerufen am 18.05.2021).
- PKEV 2022 – Verordnung zur Erstattung pandemiebedingter Kosten der sozialen Pflegeversicherung durch Bundesmittel (Pandemiekosten-Erstattungsverordnung – PKEV 2022) vom 30.03.2022. *BAnz AT, 31.03.2022(V1)*. Online: <<https://www.bundesanzeiger.de/pub/publication/vNQomeXRjW2Ttpb6tlv/content/vNQomeXRjW2Ttpb6tlv/BAnz%20AT%2031.03.2022%20V1.pdf?inline>> (abgerufen am 16.05.2022).
- PKEV – Verordnung zur Erstattung pandemiebedingter Kosten der sozialen Pflegeversicherung durch Bundesmittel (Pandemiekosten-Erstattungsverordnung – PKEV) vom 22.09.2021. *BAnz AT, 23.09.2021(V1)*. Online: <<https://www.bundesanzeiger.de/pub/publication/R6EcbBIJUAZCitytAgR/content/R6EcbBIJUAZCitytAgR/BAnz%20AT%2023.09.2021%20V1.pdf?inline>> (abgerufen am 16.05.2022).
- PNG – Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG) vom 23.10.2012. *BGBI. I, 2012(51)*, S. 2246. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl112s2246.pdf> (abgerufen am 28.03.2022).
- PSG I – Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) vom 17.12.2014. *BGBI. I, 2014(61)*, S. 2222. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl114s2222.pdf> (abgerufen am 28.03.2022).
- PSG II – Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) 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 28.03.2022).
- SGB XI – Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung vom 23.03.2022. Online: <https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/SGB_11.pdf> (abgerufen am 07.03.2022).
- SGB XII – Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe vom 10.12.2021. Online: <https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/SGB_12.pdf> (abgerufen am 19.04.2022).
- Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2022 – Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2022 vom 30. November 2021. *BGBI. I, 2021(81)*, S. 5044. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl121s5044.pdf> (abgerufen am 03.05.2022).

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	Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz
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 (Schuppan, 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 Konzertierte 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-/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 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 Pfegefachrichtungen *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 Pflegeausbildaungsverträge 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).

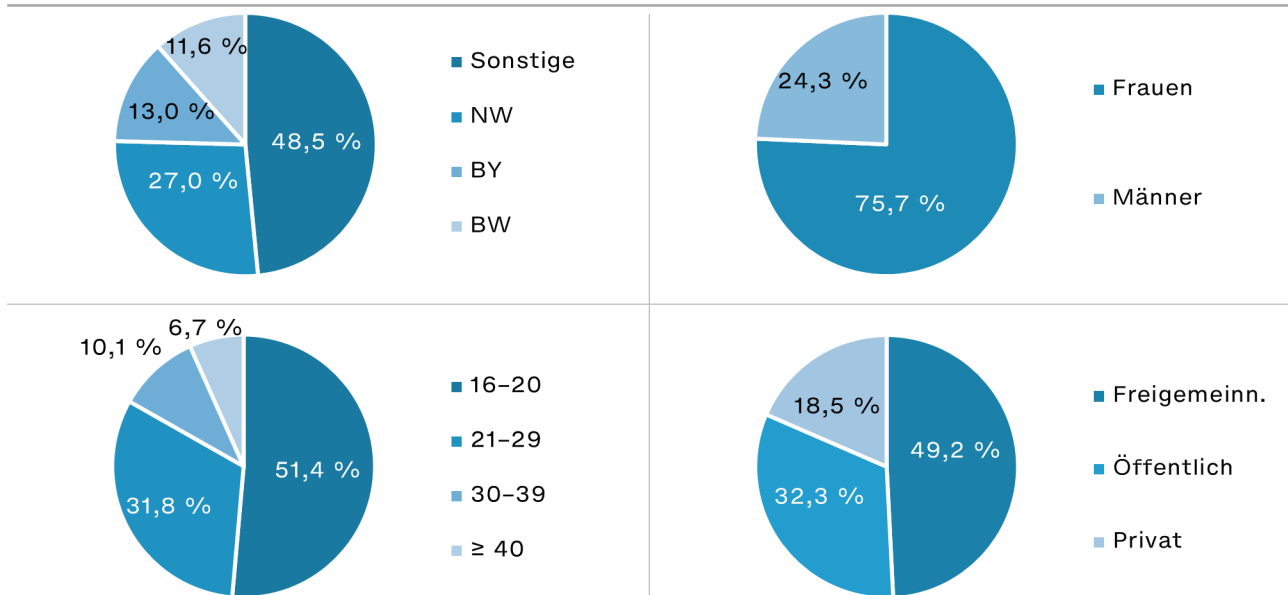


Abbildung 3: Informationen zu Auszubildenden zum/zur Pflegefachfrau/-mann im Jahr 2020
 Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2021)

Aufgrund des PflIBG 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 PflIBG festgehalten (§ 11, 12 PflIBG). 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 Pflegemanagement 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 Bildungsreform 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.

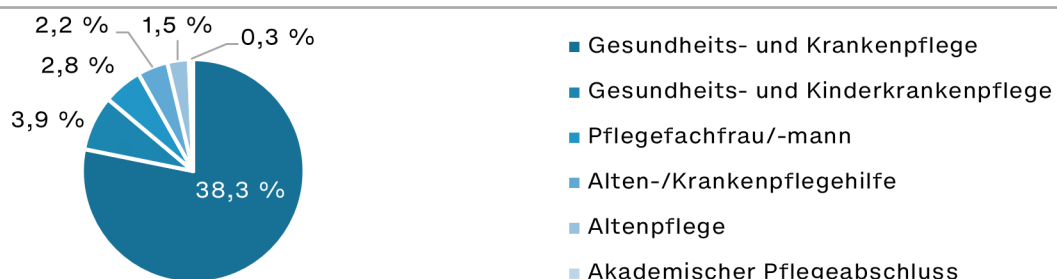


Abbildung 4: Anteile ausgewählter Qualifikationen professioneller Pflege am nichtärztlichen Krankenhauspersonal (n = 1.041.806 Personen), 2021

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

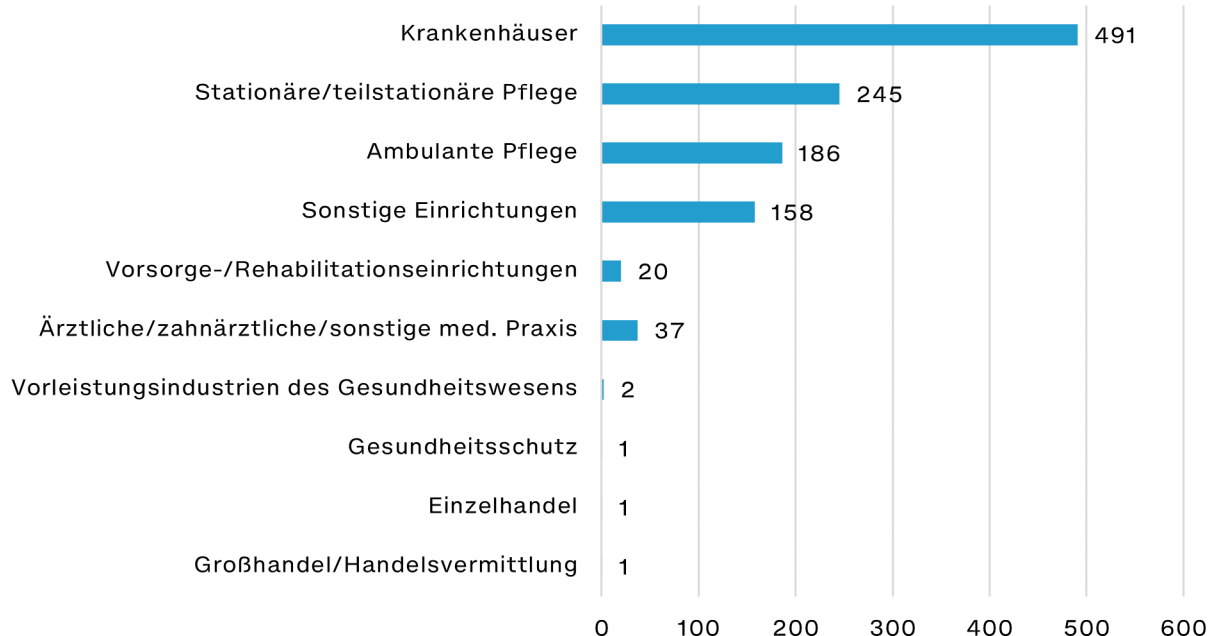


Abbildung 9: Einsatzgebiete von Pflegekräften nach Pflegepersonalanzahl in Tsd.

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.

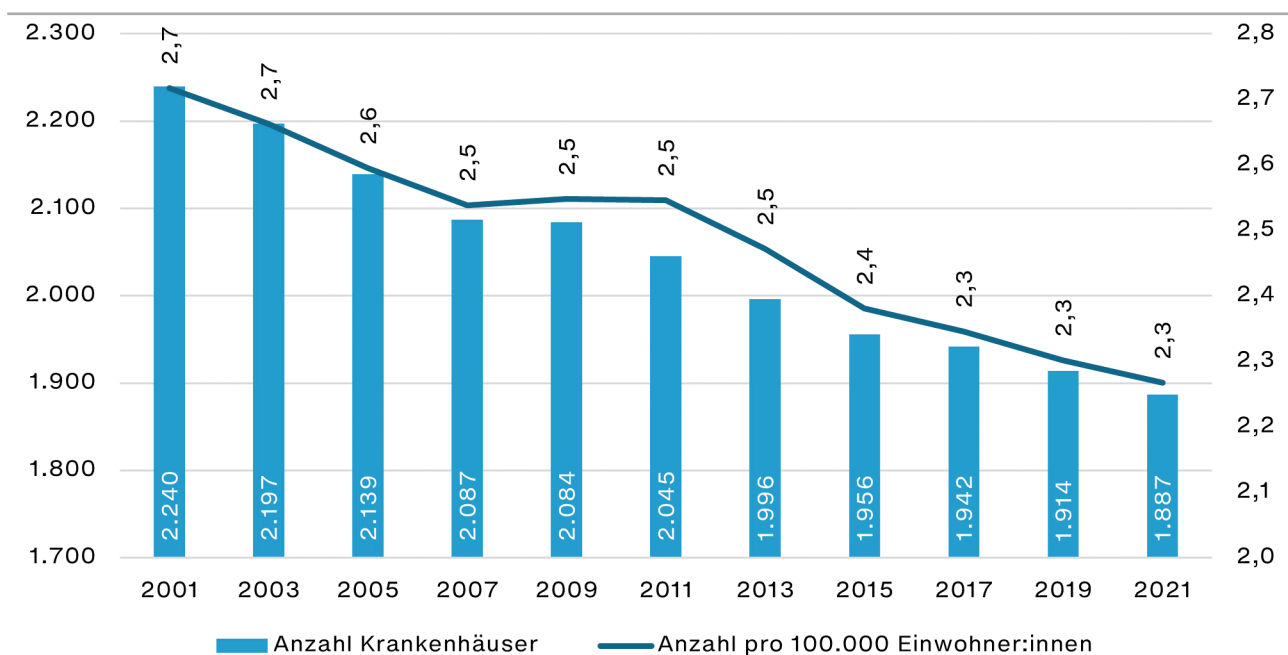


Abbildung 10: Entwicklung der Anzahl von Krankenhäusern, 2001–2021

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.

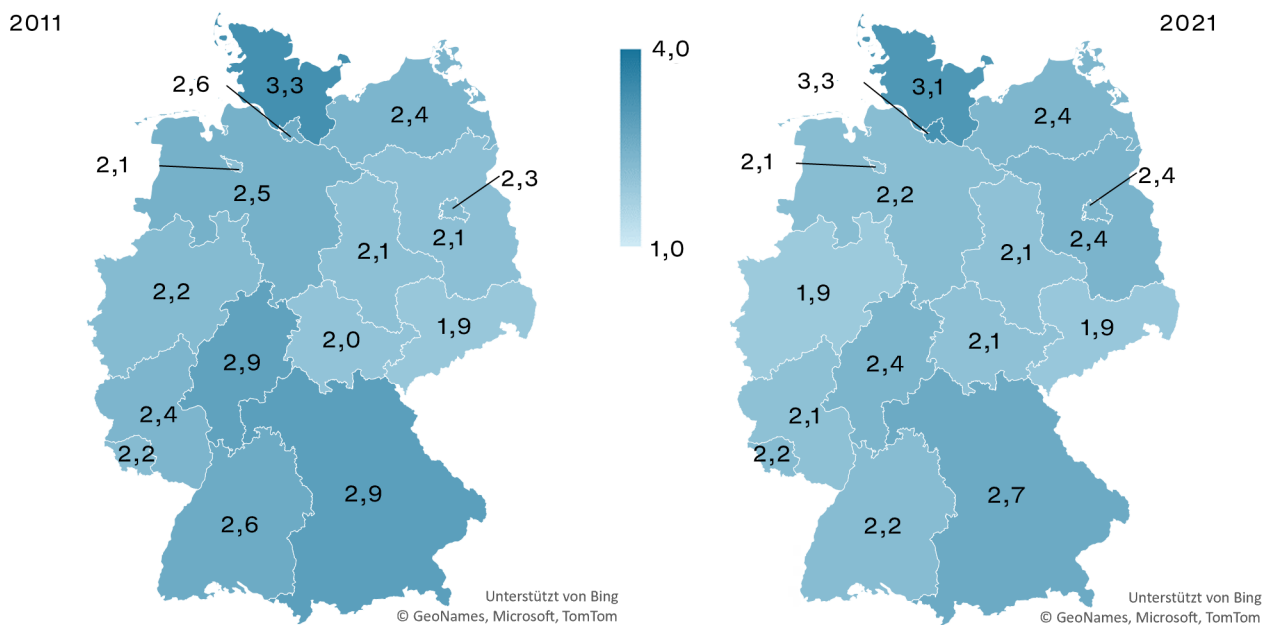


Abbildung 11: Anzahl Krankenhäuser je 100.000 Einwohner:innen nach Bundesländern, 2011 und 2021

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.

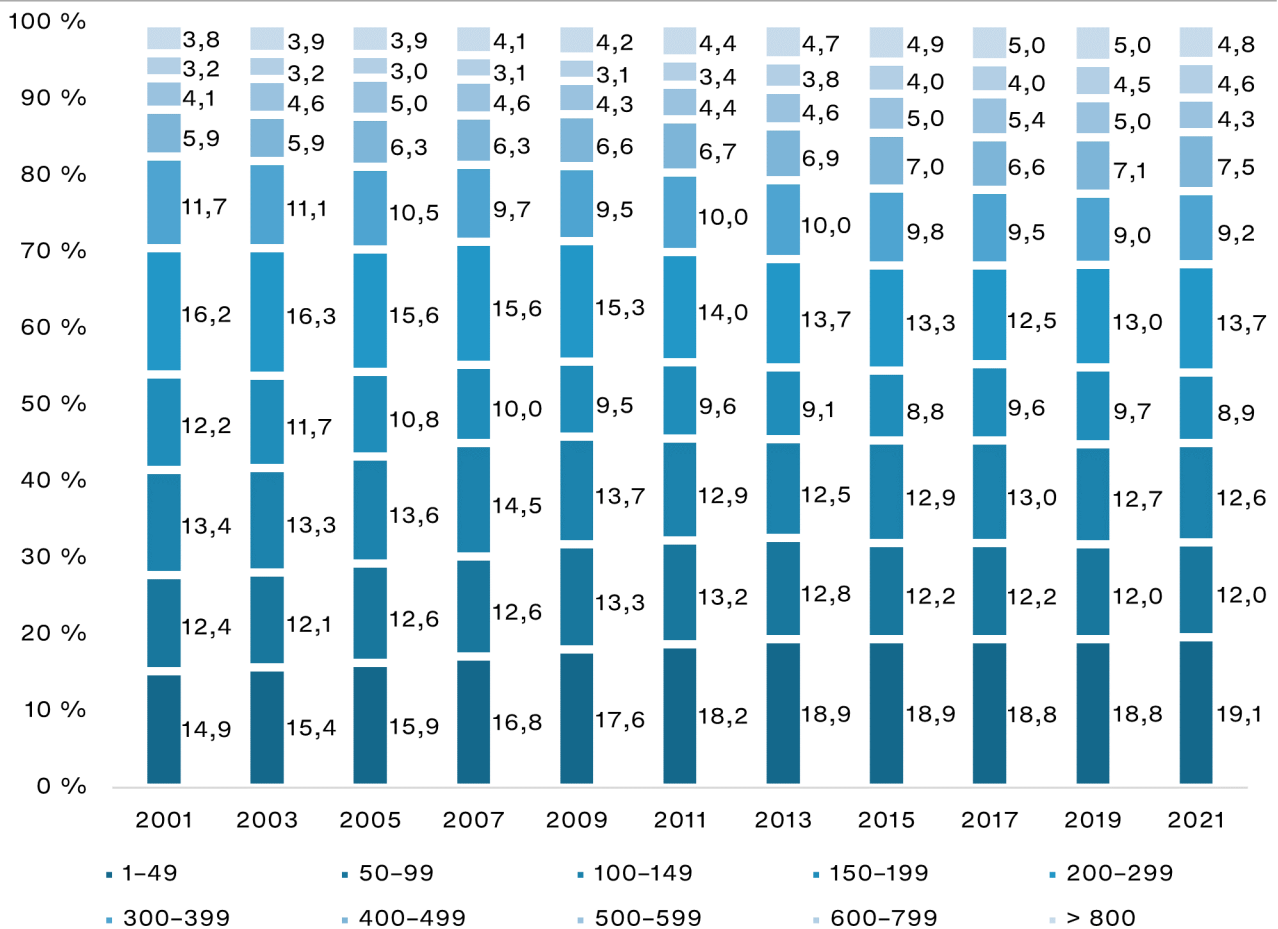


Abbildung 12: Anzahl Krankenhäuser je Bettengrößenklassen, 2001–2021

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.

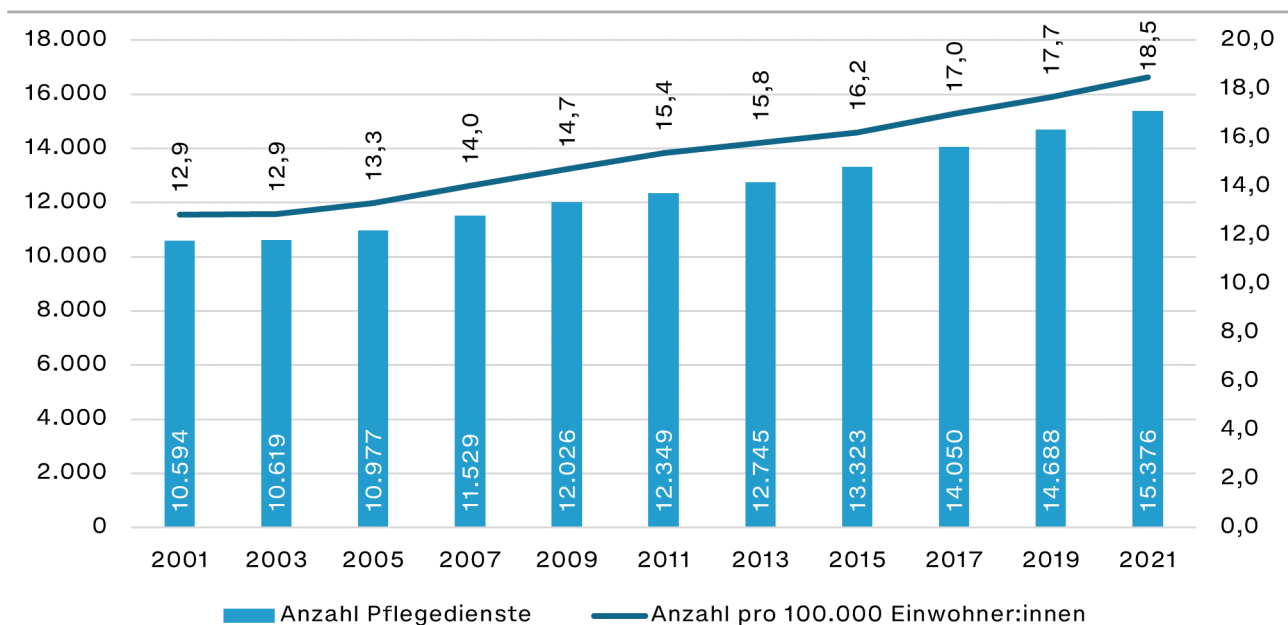


Abbildung 13: Entwicklung der Anzahl von Pflegediensten, 2001–2021

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.

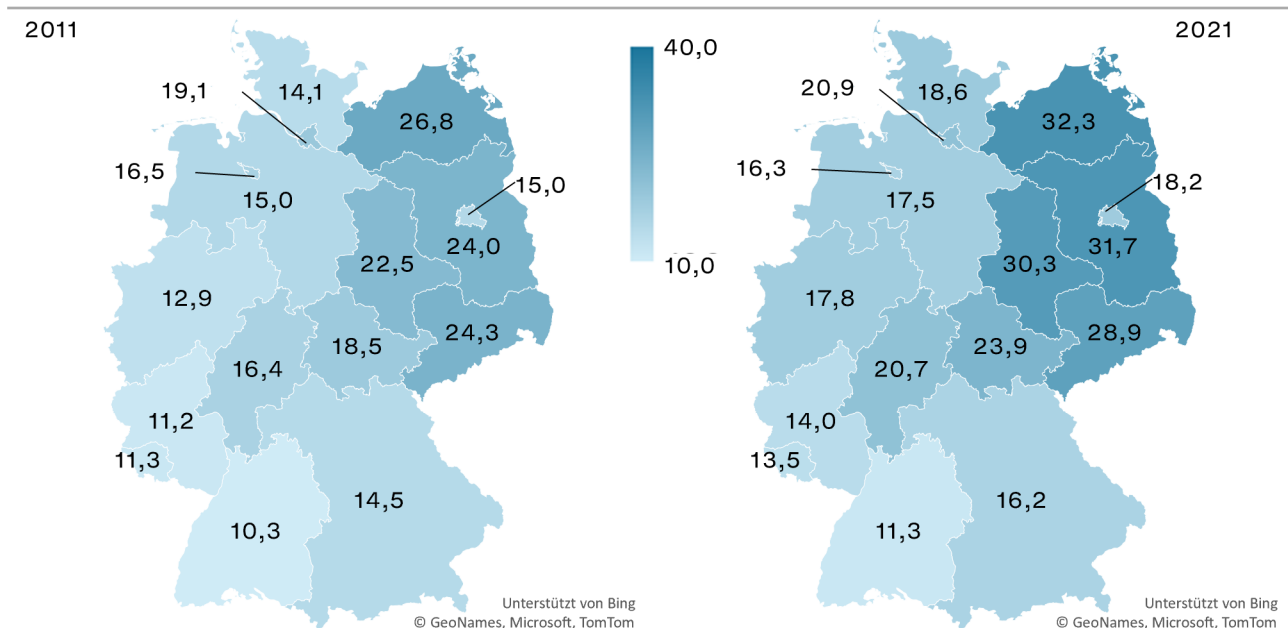


Abbildung 14: Anzahl ambulanter Pflegedienste je 100.000 Einwohner:innen nach Bundesländern, 2011 und 2021

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).

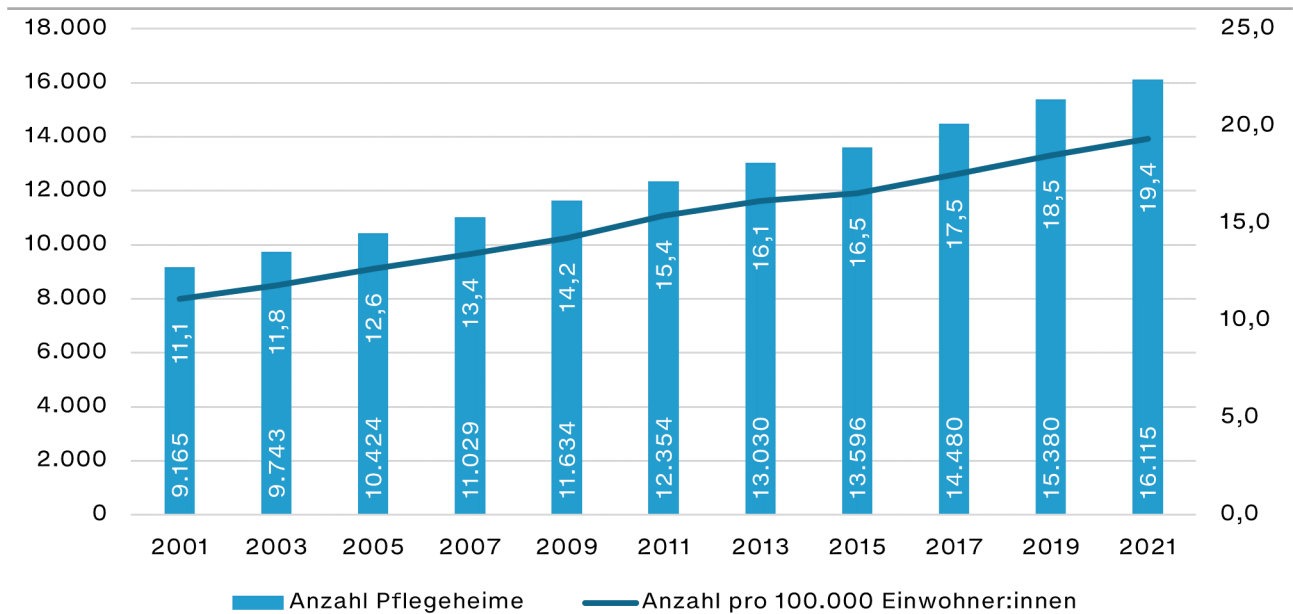


Abbildung 15: Entwicklung der Anzahl von Pflegeheimen, 2001–2021

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.

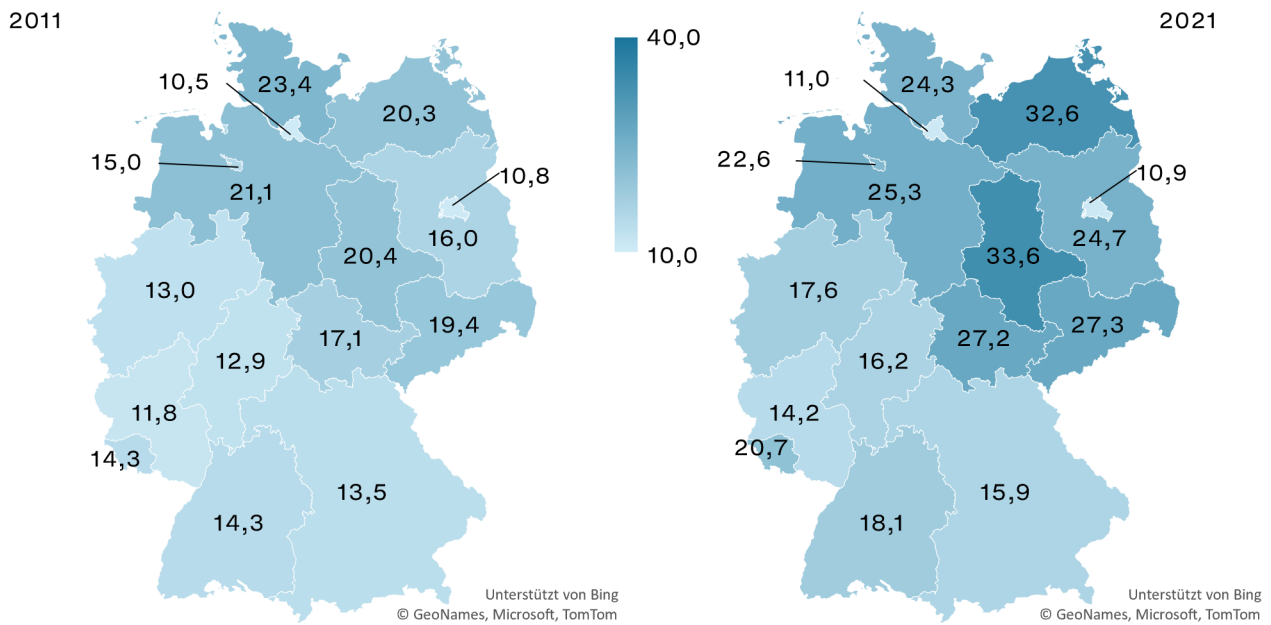


Abbildung 16: Anzahl Pflegeheime je 100.000 Einwohner:innen nach Bundesländern, 2011 und 2021
 Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2013c, 2013d, 2022i, 2022j)

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.

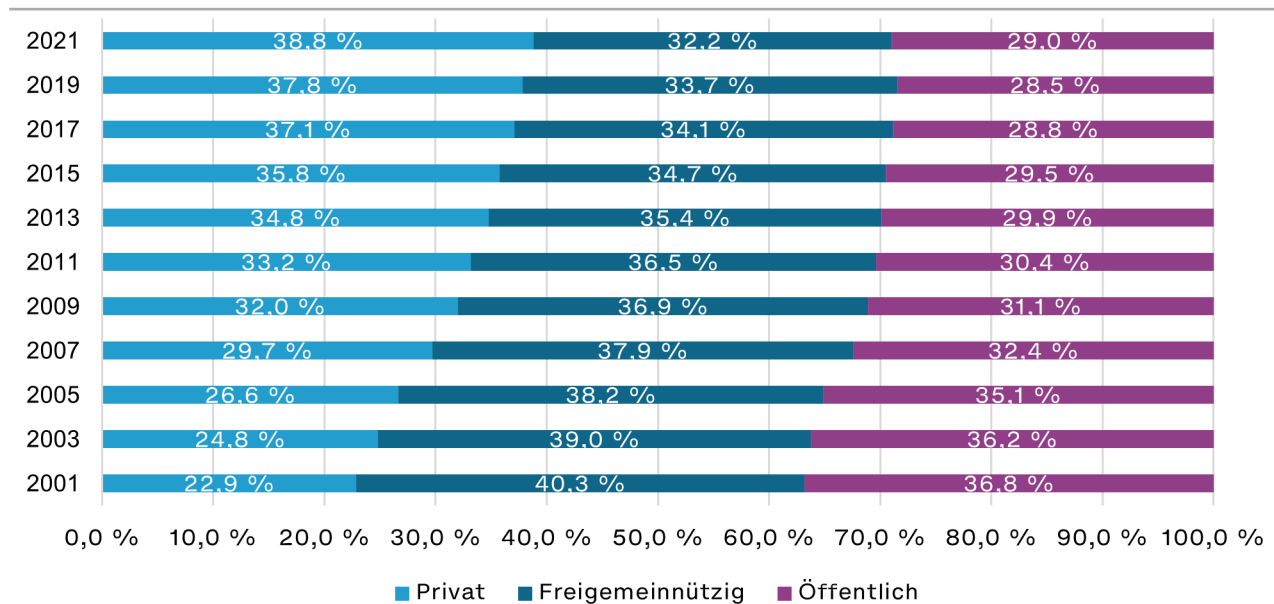


Abbildung 19: Anteil Trägerschaften an der Gesamtzahl der Krankenhäuser, 2001–2021
 Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten von Destatis (2022f)

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.

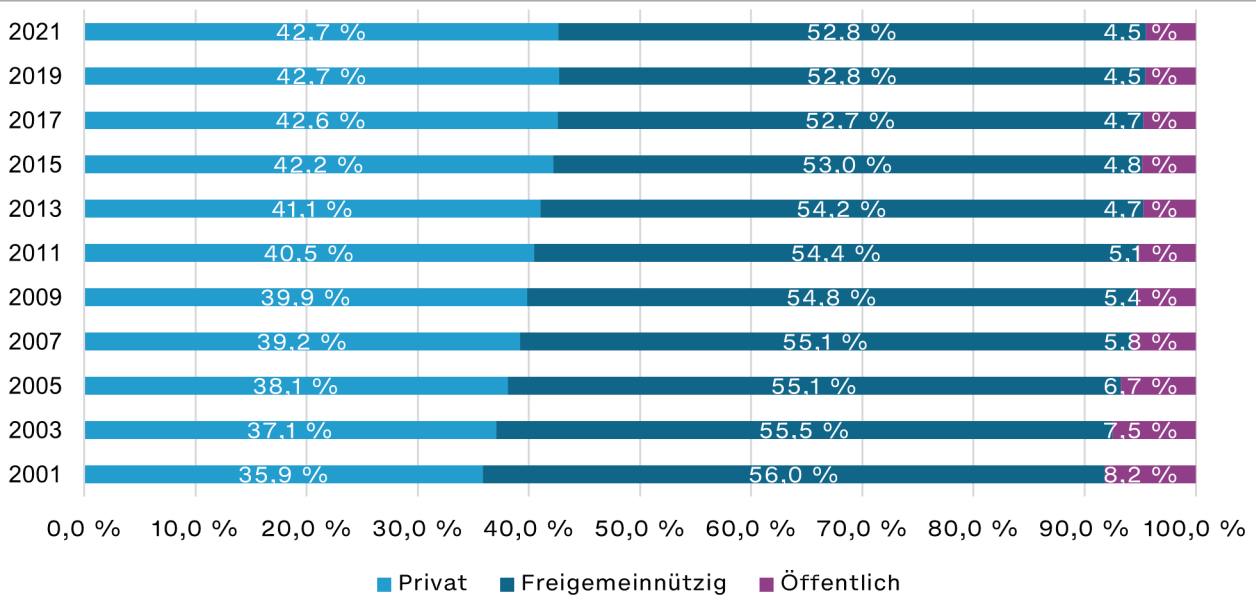


Abbildung 20: Anteil Trägerschaften an der Gesamtzahl der Pflegeheime, 2001–2021

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.

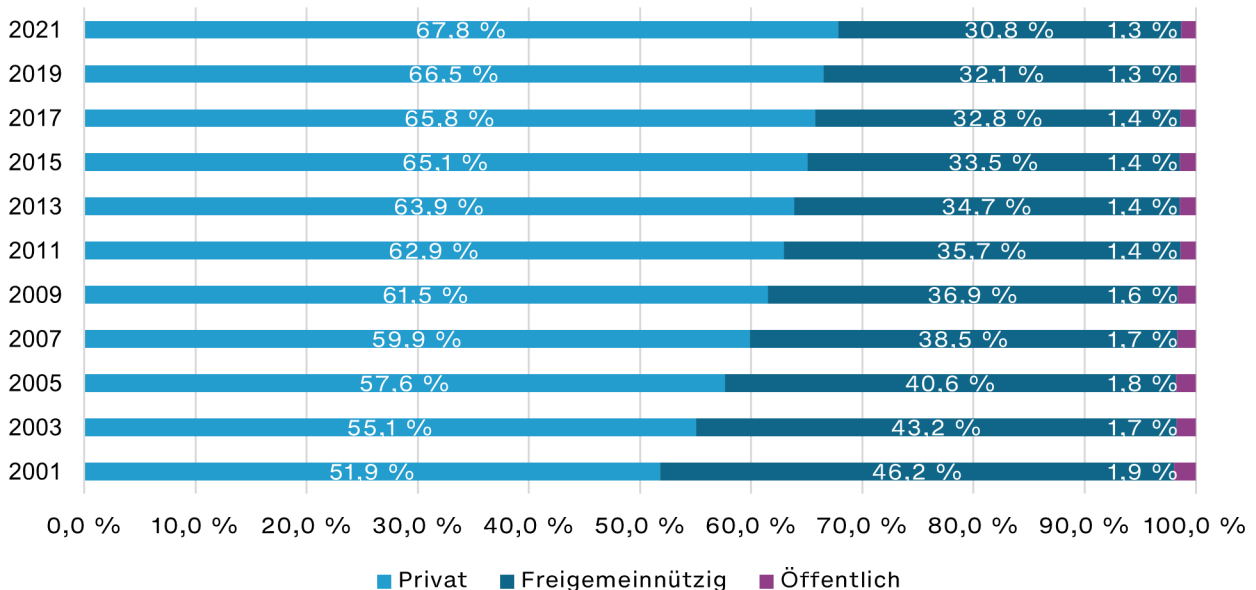


Abbildung 21: Anteil Trägerschaften an der Gesamtzahl ambulanter Pflegedienste, 2001–2021

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

5.4 Pflegebereich

Merkmale	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-sensitiv 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:innen-fällen betreffen.

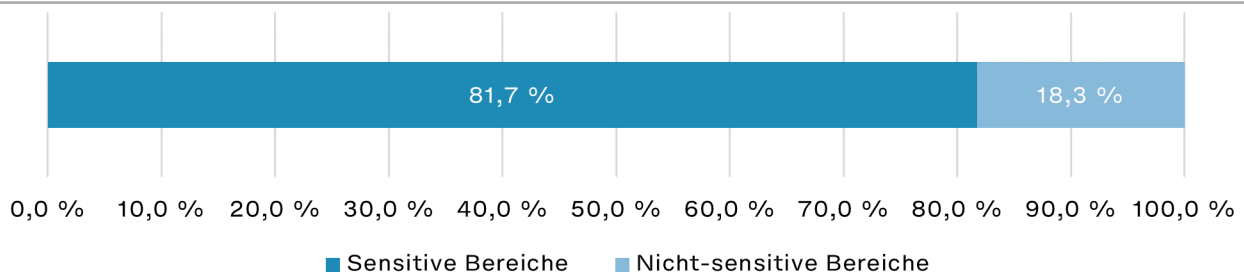


Abbildung 23: Fallzahlen in sensitiven und nicht-sensitiven Bereichen in Krankenhäusern, 2021

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												
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

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.

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.

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.

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

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

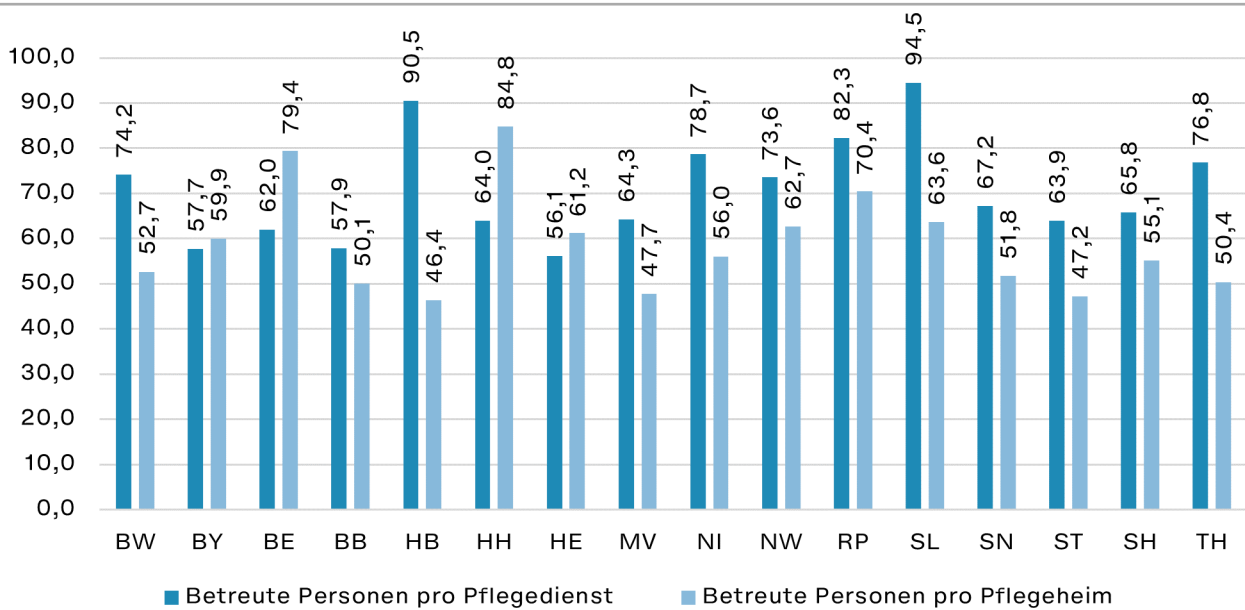


Abbildung 25: Anzahl betreuer Personen von Pflegediensten und -heimen je Bundesland, 2021

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.

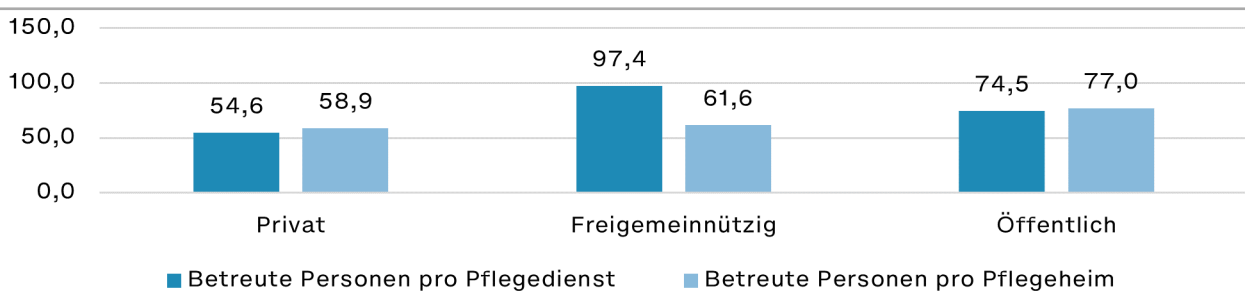


Abbildung 26: Anzahl betreuer Personen von Pflegediensten und -heimen je Trägerschaftstyp, 2021

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.

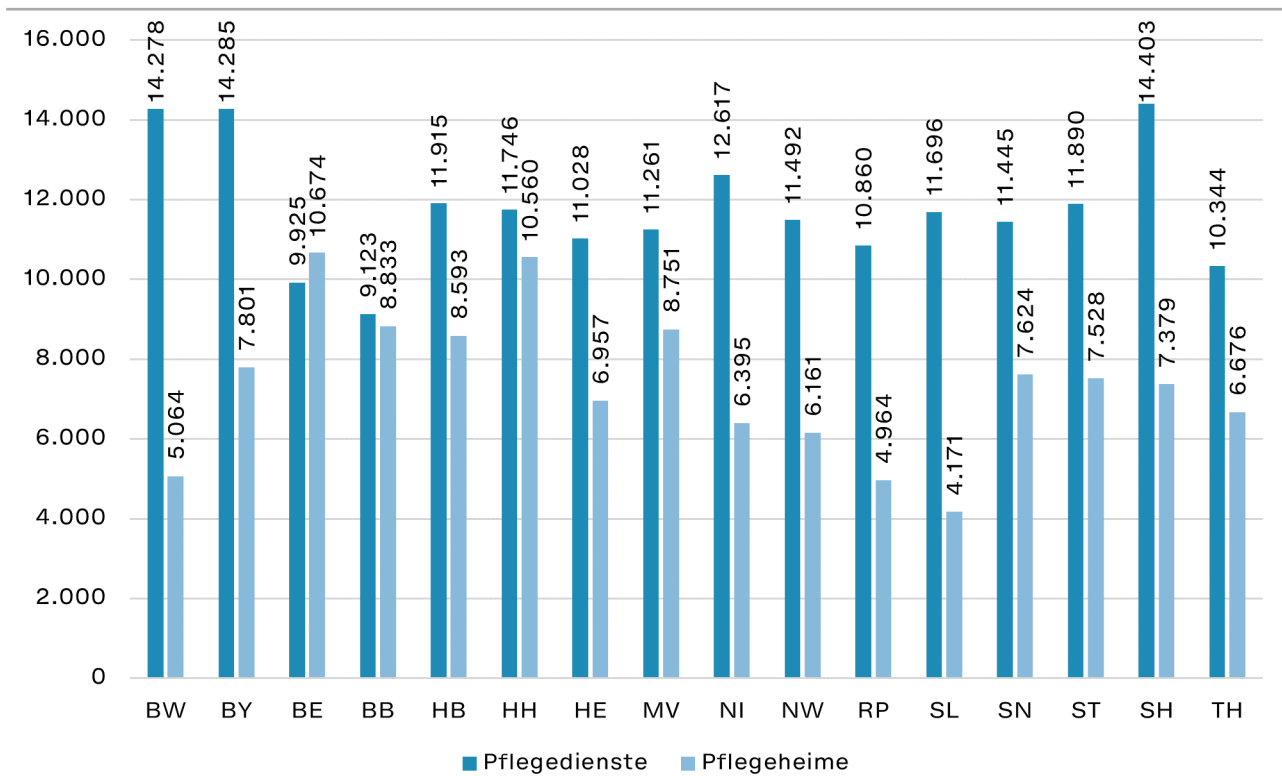


Abbildung 28: Pflegekräfte in Pflegediensten und -heimen je 100.000 Pflegebedürftigen je Bundesland, 2021

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.

Exkurs Verteilung Pflegegrade deutschlandweit

Laut der aktuellen, von Destatis herausgegebenen Pflegestatistik für das Jahr 2021 waren zum 15.12.2021 insgesamt 4,96 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig, was einem Anteil an der Gesamtbevölkerung (sog. Pflegequote) von rund 6 % entspricht (Destatis, 2022i). Wie sich die Pflegequote in den Bundesländern unterscheidet, zeigt Abbildung 29 für die Jahre 2011 und 2021. Daraus geht hervor, dass es 2021 insbesondere in den Neuen Bundesländern viele pflegebedürftige Personen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung gab, dagegen gab es im Süden Deutschlands verhältnismäßig wenige. Bereits für das Jahr 2011 sind diese Unterschiede erkennbar, jedoch waren sie in dieser Zeit wenig ausgeprägt. Zudem waren die Pflegequoten im gesamten Bundesgebiet deutlich geringer: Die Pflegestatistik zeigt, dass die im Jahr 2011 höchste gemessene Pflegequote (4,13 in Mecklenburg-Vorpommern) ähnlich der niedrigsten Pflegequote des Jahres 2021 (4,40 in Bayern) ist. Die Entwicklung der Pflegequote geht vor allem mit dem demografischen Wandel und der damit verbundenen alternden Gesellschaft einher.

In den Neuen Bundesländern ist der Anteil pflegebedürftiger Menschen besonders hoch.

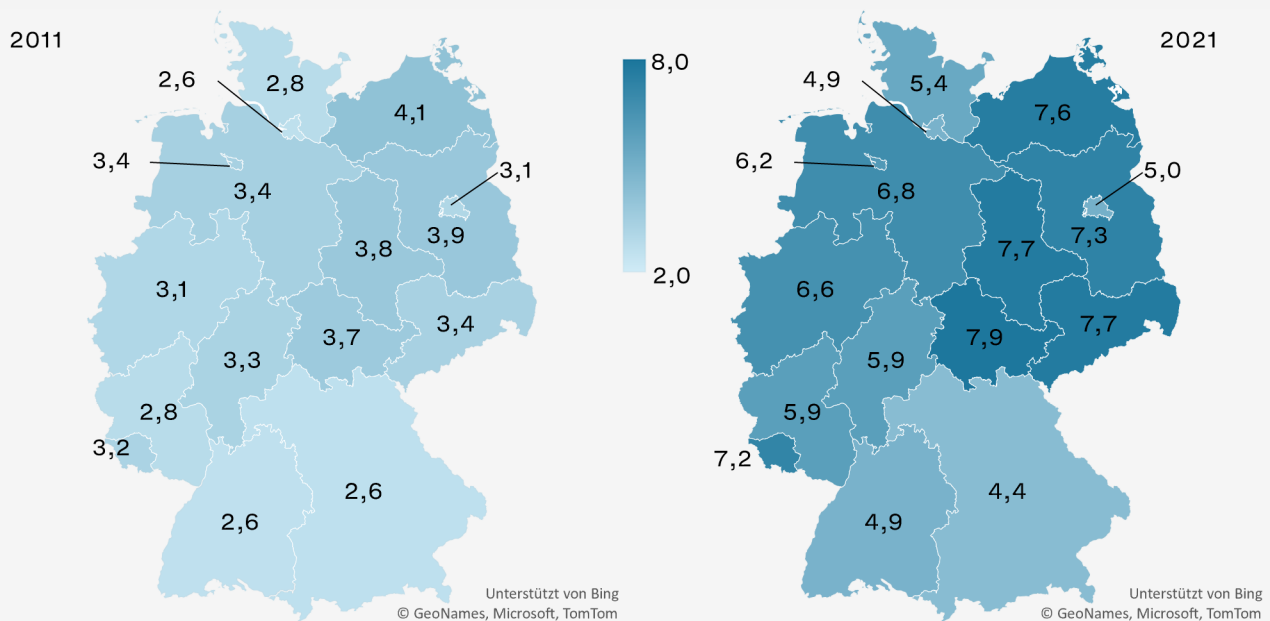


Abbildung 29: Pflegequoten der Bundesländer, 2011 und 2021

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

Mit dem PSG II wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 14 SGB XI eingeführt, mit dem Ziel, auch kognitiv beeinträchtigte und psychisch erkrankte Menschen zu berücksichtigen. Infolgedessen wurden die bis dahin geltenden drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt. Eine ausführliche Beschreibung findet sich im erwähnten Beitrag von Schuppann et al., (2022). Für eine genauere Betrachtung der Entwicklung professioneller Pflege und den Herausforderungen ist die Betrachtung der Verteilung der Pflegegrade nicht unerheblich. Jeder der fünf Pflegegrade umfasst einen pflegerischen Aufwand – gemessen an Intensität und Zeitaufwand –, der mit steigendem Pflegegrad zunimmt (BMG, 2021b). Für die einzelnen Bundesländer zeigt sich in Abbildung 30 eine überwiegend homogene Verteilung aller fünf Pflegegrade.

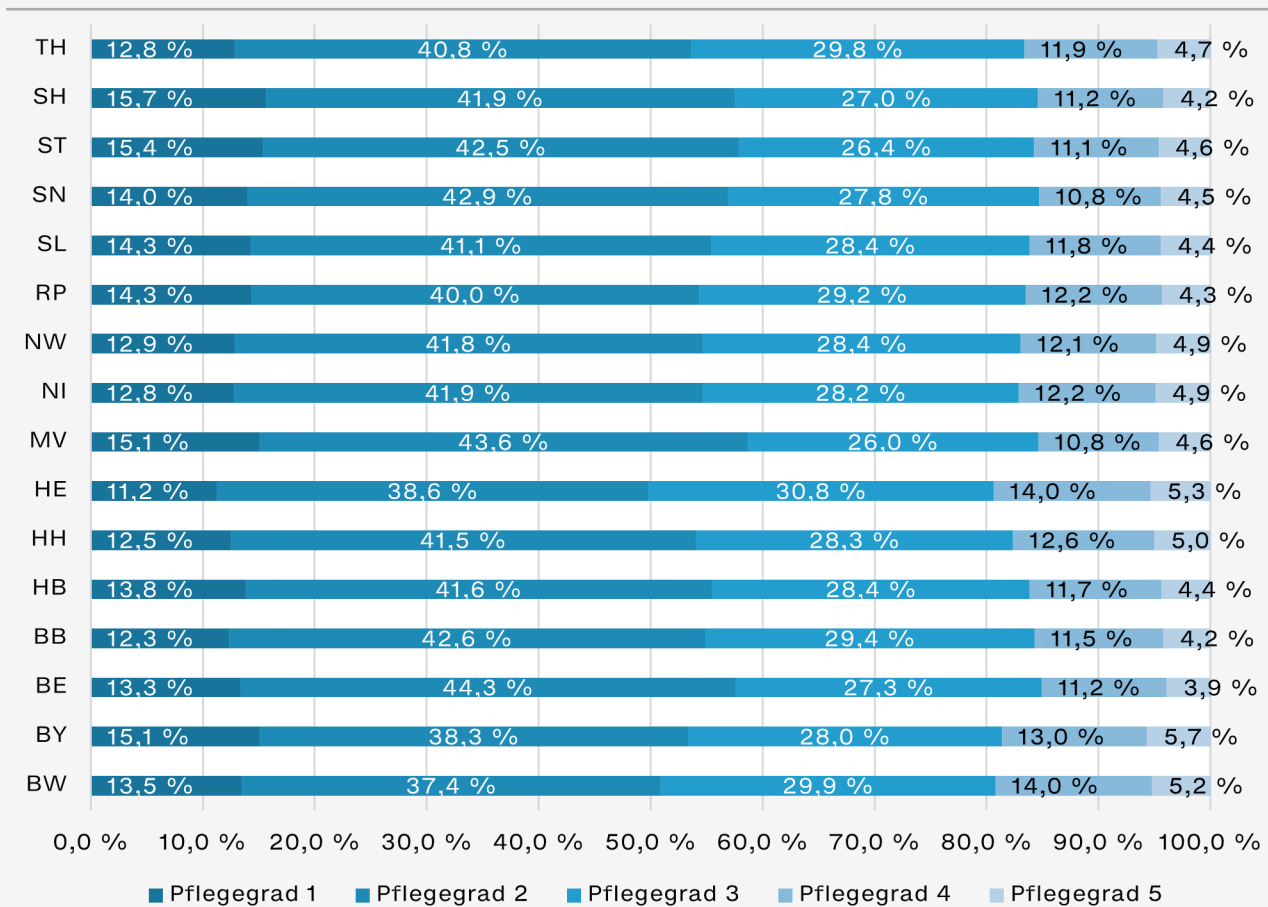


Abbildung 30: Anzahl Pflegebedürftige nach Pflegegrad und Bundesländern 2021

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**

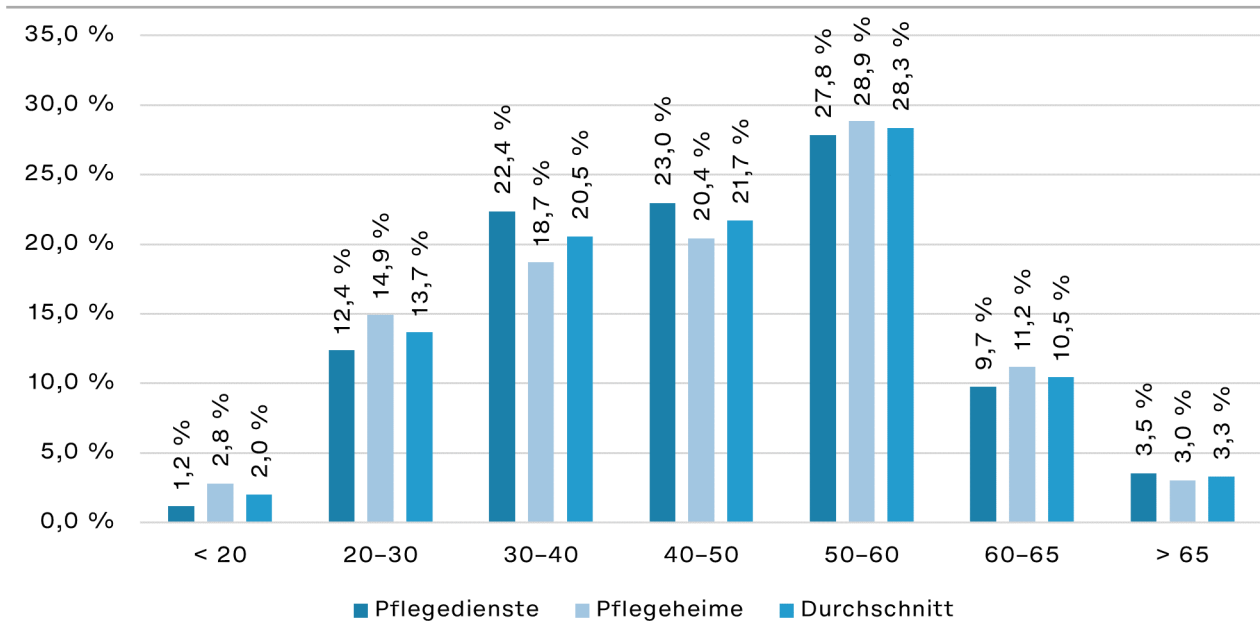


Abbildung 31: Altersstruktur der Pflegekräfte in Pflegediensten und Pflegeheimen, 2021
 Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2022g)

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)		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 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/KIaB2010-Fassung2020/Printausgabe-KIaB-2010-Fassung2020/Generische-Publikationen/KIaB2010-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/NEJMsa1001025>>.
- 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. Kuhlmeier, 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.). *Medizin-ökonomie 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).

Paula Seidl, Luise Seile, Franziska Stutzer & Carsta Militzer-Horstmann. **Pflege und Pflegeforschung am WIG2 Institut.**

Lisa Schmiedel. **Die Finanzierung des Pflegesystems – Entwicklung, Prognosen und Reformoptionen.**

Susann Cathleen Schuppmann, Franziska Stutzer, Carsta Militzer-Horstmann. **Professionelle Pflege in Deutschland.**

Herausgeber

WIG2 GmbH
Wissenschaftliches Institut für
Gesundheitsökonomie und
Gesundheitssystemforschung

Das WIG2 Institut ist ein unabhängiger und neutraler Forschungsdienstleister mit dem Ziel, Transparenz bei der Ausgestaltung und Finanzierung des Gesundheitssystems zu schaffen. Unter dieser Maßgabe werden systemische sowie versorgungstechnische Fragestellungen erforscht, Akteure der Gesundheitswirtschaft beraten und Fachveranstaltungen durchgeführt.