

Jacobs  
Kuhlmeiy  
Greß  
Klauber  
Schwinger



# Pflege-Report 2016

Schwerpunkt:

Die Pflegenden im Fokus

Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei,  
Stefan Greß, Jürgen Klauber,  
Antje Schwinger

# **Pflege-** **Report 2016**

---

This page intentionally left blank

# Pflege- Report 2016

---

## Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus

### Herausgegeben von

Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger

### Mit Beiträgen von

Denise Becka  
Johann Behrens  
Elisa-Marie Behrndt  
Dieter Bogai  
Holger Bonin  
Uwe Borchers  
Grit Braeseke  
Michaela Evans  
Johannes Geyer  
Stefan Görres  
Elmar Gräbel  
Stefan Greß  
Ulrike Höhmann

Martin Holzhausen  
Gerhard Igl  
Klaus Jacobs  
Kathrin Jürchott  
Karl Kälble  
Jürgen Klauber  
Adelheid Kuhlmei  
Manuela Lautenschläger  
Yvonne Lehmann  
Dörte Naumann  
Johanne Pundt  
Isabel Rehbein  
Agnieszka Satola

Eckart Schnabel  
Erika Schulz  
Laura Schwarz  
Antje Schwinger  
Beate Schywalski  
Holger Seibert  
Kathrin Seibert  
Susanne Stiefler  
Ralf Suhr  
Chrysanthi Tsiasioti  
Doris Wiethölter

Mit 63 Abbildungen und 52 Tabellen

Zuschriften an:

**Susanne Sollmann**  
Redaktion Pflege-Report  
Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

Ihre Meinung zu diesem Werk ist uns wichtig!

Wir freuen uns auf Ihr Feedback unter [www.schattauer.de/feedback](http://www.schattauer.de/feedback) oder direkt über QR-Code.



**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**Besonderer Hinweis:**

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2016 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: [info@schattauer.de](mailto:info@schattauer.de)

Internet: [www.schattauer.de](http://www.schattauer.de)

Printed in Germany

Lektorat: Lektorat und redaktionelle Bearbeitung durch die Herausgeber

Satz: Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Kulmbacher Straße 16 ½, 95445 Bayreuth

Druck und Einband: Westermann Druck Zwickau GmbH, Zwickau

Auch als E-Book erhältlich:

ISBN 978-3-7945-9002-5

ISBN 978-3-7945-3175-2

# Vorwort

Der Pflege-Report als neue jährliche Publikationsreihe des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) erscheint mit diesem Band zum zweiten Mal. Als Themenschwerpunkt werden diesmal die Pflegenden in den Blick genommen. Schon heute sind eine Vielzahl an Personen als pflegende Angehörige, Ehrenamtliche oder professionell Pflegenden mit Pflege befasst, indem sie Pflegeleistungen erbringen oder mit deren Organisation und Finanzierung zu tun haben. Zudem wissen wir, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland absolut, vor allem aber auch in Relation zur insgesamt rückläufigen Bevölkerungszahl in den kommenden Jahren und Jahrzehnten noch weiter deutlich wachsen wird. Damit werden zugleich die gesellschaftspolitische Bedeutung der Pflege und die mit ihr verbundenen Herausforderungen weiter zunehmen und vielfältige Fragen aufwerfen, auf die Antworten gefunden werden müssen – auf wissenschaftlich fundierter Grundlage und mit Blick auf eine breite gesamtgesellschaftliche Akzeptanz.

Es hat eine ganze Zeit gedauert, bis die Pflege als eigenständiges wissenschaftliches Themenfeld akzeptiert worden ist, und noch viel länger, bis sie in der Mitte des gesellschaftspolitischen Diskurses angekommen ist. Der Pflege-Report will dabei helfen, dass die Pflege auf eine Weise Beachtung findet, wie es ihrer immensen Bedeutung entspricht. Er analysiert systematisch Herausforderungen im Pflege-Kontext und sucht nach geeigneten Lösungswegen. Der Pflege-Report will zudem Brücken bauen zwischen Wissenschaft auf der einen sowie Praxis und Politik auf der anderen Seite. Denn die anstehenden Herausforderungen können nur dann erfolgreich gemeistert werden, wenn wissenschaftliche Erkenntnisse möglichst schnell in den Pflegealltag gelangen, was zugleich aber auch voraussetzt, dass sich die Wissenschaft gezielt mit praxisrelevanten Fragen der Pflege, ihrer Organisation und Finanzierung befasst. In beide Richtungen will der Pflege-Report Impulse geben.

Dank aussprechen möchten wir zum einen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des WiDO, die an der Fertigstellung des Pflege-Reports tatkräftig mitgewirkt haben, ganz besonders Susanne Sollmann für die redaktionelle Betreuung der Publikation an den beiden Schnittstellen zu den Autorinnen und Autoren sowie zum Verlag. Zum anderen danken wir den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Schattauer-Verlags, die den Pflege-Report als neue Publikationsreihe auf gewohnt professionelle Weise verlegerisch betreut haben.

Berlin und Fulda, im März 2016

Klaus Jacobs  
Adelheid Kuhlmei  
Stefan Greß  
Jürgen Klauber  
Antje Schwinger

This page intentionally left blank

# Inhalt

<b>Teil I</b>	<b>Schwerpunktthema</b>	
	<b>Die Pflegenden im Fokus</b>	
<b>1</b>	<b>Perspektiven zum pflegerischen Versorgungsmix</b> . . . . .	<b>3</b>
	Stefan Görres, Kathrin Seibert und Susanne Stiefler	
1.1	Pflegebedürftigkeit und Gestaltung der Versorgung – zukünftige Herausforderungen . . . . .	3
1.2	Einflussfaktoren: Demografie, sozialer und versorgungsstruktureller Wandel . . . . .	4
1.3	Berufsstrukturelle Einflussfaktoren auf den Versorgungsmix . . . . .	6
1.4	Definitionen und Determinanten des pflegerischen Versorgungsmix . . . . .	7
1.4.1	Versorgungsmix als informelle und formelle Strukturelemente . . . . .	7
1.4.2	Versorgungsmix als Modulierung quantitativer und qualitativer Größen . . . . .	7
1.4.3	Versorgungsmix als Verhältnis von Pflegepersonen zu Pflegesettings . . . . .	8
1.4.4	Versorgungsmix als Verhältnis von Case- und Care-Mix . . . . .	9
1.4.5	Versorgungsmix als Caring Community . . . . .	10
1.5	Ergebnisse nationaler und internationaler Forschung zum Versorgungsmix . . . . .	10
1.5.1	Zentrale Kenngrößen und Variablen von Care-Mix . . . . .	11
1.5.2	Ergebnisse zur Wirksamkeit eines Care-Mix . . . . .	11
1.5.3	Forschungsdefizite zum Care-Mix . . . . .	12
1.6	Potenziale für und Anforderungen an die Sicherstellung eines bedarfsgerechten Versorgungsmixes: Erfahrungen aus Modellen in Deutschland . . . . .	13
1.7	Ausblick: den Versorgungsmix von morgen heute denken . . . . .	14
<b>2</b>	<b>Wer pflegt? Personen- und Professionen-Mix in ausgewählten europäischen Ländern</b> . . . . .	<b>19</b>
	Erika Schulz und Johannes Geyer	
2.1	Einleitung . . . . .	20
2.2	Pflegesysteme, formelle und informelle Pflege . . . . .	20
2.2.1	Pflegesysteme determinieren das formelle Pflegeangebot . . . . .	22
2.2.2	Bedeutung der informellen Pflege weiterhin groß . . . . .	23
2.3	Beschäftigte in der Langzeitpflege . . . . .	25
2.3.1	Hoher Anteil von Frauen und Älteren . . . . .	27
2.3.2	Berufsstruktur . . . . .	27

2.4	Künftige demografiebedingte Herausforderungen . . . . .	30
2.4.1	Die Zahl pflegebedürftiger Menschen, aber auch die Pflegepotenziale Älterer nehmen zu . . . . .	30
2.4.2	Bedarf an formeller Pflege kaum zu decken . . . . .	32
2.5	Fazit . . . . .	32
<b>3</b>	<b>Pflege und Pflegebildung im Wandel – der Pflegeberuf zwischen generalistischer Ausbildung und Akademisierung . . . . .</b>	<b>37</b>
	Karl Kälble und Johanne Pundt	
3.1	Einleitung . . . . .	38
3.2	Zur Situation und neuen Entwicklungen im Bereich der Pflegeausbildung . . . . .	39
3.3	Neuere Entwicklungen im Bereich der akademisierten Pflege . . . . .	43
3.4	Fazit: Welche Chancen bieten die neuen Entwicklungen für die Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs? . . . . .	46
<b>4</b>	<b>Akademisierung der Ausbildung und weitere Strategien gegen Pflegepersonalmangel in europäischen Ländern . . . . .</b>	<b>51</b>
	Yvonne Lehmann und Johann Behrens	
4.1	Einleitung . . . . .	51
4.2	Pflegende – eine heterogene Berufsgruppe . . . . .	53
4.2.1	Zur Ausbildung von Pflegefachpersonen in europäischen Ländern . . . . .	53
4.2.2	Zu den Weiterqualifizierungen für Pflegefachpersonen . . . . .	57
4.2.3	Zu den Qualifizierungen für Pflegehelfer/innen . . . . .	59
4.2.4	Qualifikationsstufenkonzepte, Kompetenzrahmen und Strategie- papiere . . . . .	61
4.3	(Irr-)Wege zur Pflegepersonalsicherung und Attraktivitäts- steigerung von Ausbildung und Beruf . . . . .	62
4.4	Fazit: Was lässt sich für Deutschland lernen? . . . . .	67
<b>5</b>	<b>Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate . . . . .</b>	<b>73</b>
	Ulrike Höhmann, Manuela Lautenschläger und Laura Schwarz	
5.1	Hauptbelastungsfaktoren in der Pflege und Folgen für den Berufsverbleib . . . . .	73
5.2	Ansatzpunkte zur Reduktion von „transformatorischen“ Belastungen . . . . .	82

<b>6</b>	<b>Die Entlohnung von Pflegekräften – große Unterschiede zwischen Berufen und Regionen</b> . . . . .	91
	Dieter Bogai, Holger Seibert und Doris Wiethölder	
6.1	Einleitung . . . . .	92
6.2	Datengrundlage . . . . .	92
6.3	Entgeltunterschiede zwischen Pflegeberufen und Ost-West-Diskrepanz . . . . .	94
6.4	Entgeltunterschiede zwischen den Bundesländern . . . . .	95
6.5	Pflegelöhne im Vergleich zu anderen Berufsgruppen . . . . .	96
6.6	Entgeltvergleiche zwischen Krankenhäusern, stationärer und ambulanter Pflege. . . . .	100
6.7	Entlohnungsunterschiede zwischen Männern und Frauen. . . . .	101
6.8	Ursachen für die Entlohnungsunterschiede . . . . .	103
6.8.1	Regionale Disparitäten. . . . .	104
6.8.2	Produktivitätsunterschiede zwischen den Sektoren . . . . .	104
6.8.3	Benachteiligung sozialer Berufe . . . . .	105
6.8.4	Unterschiedliche Finanzierung von Kranken- und Altenpflege. . . . .	105
6.8.5	Institutionelle Ursachen . . . . .	106
6.8.6	Geringe räumliche Mobilität . . . . .	106
6.9	Fazit . . . . .	107
<b>7</b>	<b>Die Pflegekammer: Eine Interessenvertretung für die Pflege?</b> . . . . .	109
	Antje Schwinger	
7.1	Initiativen und Diskurs um Pflegekammern in Deutschland . . . . .	110
7.2	Ökonomische und professionssoziologische Sicht auf Pflegekammern. . . . .	111
7.3	Verfassungsrechtlichkeit von Pflegekammern in Deutschland . . . . .	113
7.4	Aufgaben von Pflegekammern . . . . .	114
7.4.1	Überwachung der beruflichen Standards . . . . .	114
7.4.2	Definition von Weiterbildungsstandards . . . . .	120
7.4.3	Mitwirkung der Berufsgruppe . . . . .	121
7.5	Zusammenfassung und Fazit . . . . .	122
<b>8</b>	<b>„Live-in-Arrangements“ in deutschen Haushalten: Zwischen arbeitsrechtlichen/-vertraglichen (Un-)Sicherheiten und Handlungsmöglichkeiten</b> . . . . .	127
	Agnieszka Satola und Beate Schywalski	
8.1	Gründe der grenzüberschreitenden häuslichen Versorgung. . . . .	128
8.2	Häusliche Versorgung zum „Billigtarif“ . . . . .	129
8.3	Arbeitsbedingungen irregulärer Pflege . . . . .	130
8.4	Reguläre Anstellung von Care-Migranten . . . . .	133
8.5	Entsendung durch Pflegedienst im Ausland oder verdeckte Arbeitnehmerüberlassung . . . . .	134

8.6	Reguläre Pflege „Heraus aus der Grauzone“ . . . . .	135
8.7	Ausblick für Sorgearbeit in Deutschland . . . . .	136
<b>9</b>	<b>Erprobung von Betreuungsdiensten im Rahmen der Modellvorhaben nach § 125 SGB XI . . . . .</b>	<b>139</b>
	Martin Holzhausen und Eckart Schnabel	
9.1	Hintergrund . . . . .	139
9.2	Rechtliche Rahmenbedingungen . . . . .	140
9.3	Wissenschaftliche Begleitung der Modellvorhaben . . . . .	141
9.4	Teilnehmende Betreuungsdienste. . . . .	142
9.5	Auswahl, Verhandlung und Zulassung. . . . .	146
9.6	Herausforderungen und Möglichkeiten . . . . .	148
<b>10</b>	<b>Pflegen, Kümmern und Begleiten: Berufspolitische Entwicklungspfade zur Sorgearbeit vor Ort . . . . .</b>	<b>151</b>
	Denise Becka, Uwe Borchers und Michaela Evans	
10.1	Einleitung . . . . .	152
10.2	Fallbegleitung als Option berufspolitisch inspirierter Versorgungsgestaltung . . . . .	155
10.2.1	Lotsen und Helfer in der Gesundheitsversorgung: Erfahrung als Schlüssel für die Verbesserung sektorenübergreifender Versorgungsprozesse vor Ort . . . . .	157
10.2.2	Begleiter und Assistenten: Zuwendung als Leistung spezialisierter Tätigkeitsprofile . . . . .	160
10.2.3	Fallmanager aus der Hausarztpraxis: Von der Arztlentlastung zur berufspolitischen Aufwärtsstrategie . . . . .	162
10.3	Diskussion . . . . .	163
10.4	Ausblick . . . . .	165
<b>11</b>	<b>Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. . . . .</b>	<b>169</b>
	Elmar Gräbel und Elisa-Marie Behrndt	
11.1	Charakteristika der pflegenden Angehörigen in Deutschland . . . . .	169
11.2	Subjektive Belastung pflegender Angehöriger. . . . .	172
11.2.1	Häusliche Pflege als „Stressor“ für die Angehörigen . . . . .	172
11.2.2	Erfassung der subjektiven Belastung. . . . .	173
11.2.3	Ausmaß der subjektiven Belastung pflegender Angehöriger. . . . .	174
11.2.4	Auswirkungen der subjektiven Belastung . . . . .	176
11.3	Entlastungsangebote für pflegende Angehörige und Erfahrungen in Deutschland . . . . .	178
11.3.1	Entlastungsangebote im Überblick . . . . .	178
11.3.2	Entlastungsangebote in Deutschland im Detail: Wirksamkeit und bisherige Erfahrungen . . . . .	179
11.4	Praktische Implikationen für die Stärkung und Weiterentwicklung der Angehörigenpflege. . . . .	183

<b>12</b>	<b>Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege – eine Befragung pflegender Angehöriger</b> . . . . .	189
	Antje Schwinger, Chrysanthi Tsiasioti und Jürgen Klauber	
12.1	Einleitung . . . . .	189
12.2	Übersicht zur Pflegesituation . . . . .	191
12.3	Belastung der Pflegepersonen . . . . .	195
12.4	Bewertung von Angeboten der Pflegeversicherung . . . . .	199
12.5	Fazit . . . . .	209
<b>13</b>	<b>Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – Rahmenbedingungen und Bedarfslagen</b> . . . . .	217
	Ralf Suhr und Dörte Naumann	
13.1	Steigende Bedeutung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege . . . . .	217
13.2	Unterstützung pflegender Angehöriger im Erwerbsleben durch den Gesetzgeber . . . . .	219
13.2.1	Überblick . . . . .	219
13.2.2	Bewertungen der Gesetzgebung zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege durch die Bevölkerung und Unternehmen . . . . .	221
13.3	Muster der Erwerbsbeteiligung von Pflegepersonen . . . . .	223
13.4	Fazit . . . . .	227
<b>14</b>	<b>Rechtsfragen der Kooperation und Koordination der Berufe im Kontext der Langzeitpflege.</b> . . . . .	229
	Gerhard Igl	
14.1	Übersicht über die Berufe im Kontext der Pflege in Pflegeeinrichtungen . . . . .	229
14.1.1	Pflegeheime . . . . .	230
14.1.2	Ambulante Pflegedienste . . . . .	231
14.2	Rechtliche Grundlagen der Zusammenarbeit der Berufe . . . . .	232
14.2.1	Notwendigkeit rechtlicher Grundlagen für die Zusammenarbeit der Berufe im Kontext der Pflege . . . . .	232
14.2.2	Strukturierung des Gesundheitsberuferechts: direktes und indirektes Beruferecht mit Blick auf Kooperation und Koordination im Versorgungsgeschehen . . . . .	233
14.2.3	Regulierung des Einsatzes bestimmter Berufe auf dem Gebiet der Langzeitpflege . . . . .	234
14.2.4	Rechtlich regulierte Formen der Kooperation und Koordination der Berufe im Kontext der Pflege . . . . .	236
14.3	Veränderungsbedarfe . . . . .	241
14.3.1	Direktes Berufsrecht . . . . .	241
14.3.2	Indirektes Berufsrecht . . . . .	242
14.4	Zusammenfassung . . . . .	242

<b>15</b>	<b>Internationale Fachkräfte in der Pflege</b> . . . . .	<b>245</b>
	Grit Braeseke und Holger Bonin	
15.1	Rechtliche Rahmenbedingungen zur Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte . . . . .	246
15.1.1	Aufenthalts- und arbeitsrechtliche Regelungen . . . . .	246
15.1.2	Der WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel . . . . .	247
15.1.3	Anerkennungsverfahren und Berufszulassung. . . . .	248
15.2	Status quo der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte . . . . .	249
15.3	Aktuelle Initiativen und Modellprojekte zur Fachkräftegewinnung im Ausland . . . . .	252
15.3.1	Anwerbung aus EU-Ländern . . . . .	252
15.3.2	Kooperation mit Spanien . . . . .	253
15.3.3	Kooperation mit Vietnam . . . . .	254
15.3.4	Kooperation mit China . . . . .	254
15.4	Erfahrungen mit internationalen Fachkräften aus Sicht der Einrichtungen . . . . .	255
15.5	Ausblick . . . . .	258
<b>16</b>	<b>Kosten und Finanzierung von Maßnahmen gegen den Fachkräfte- mangel in der Pflege</b> . . . . .	<b>263</b>
	Stefan Greß und Klaus Jacobs	
16.1	Pflegereform – die Unvollendete . . . . .	263
16.2	Finanzielle Auswirkungen eines Maßnahmenpakets zur Bekämpfung des Fachkräftemangels . . . . .	264
16.3	Finanzierung des Maßnahmenpakets . . . . .	267
<b>Teil II</b>	<b>Daten und Analysen</b>	
<b>17</b>	<b>Pflegebedürftigkeit in Deutschland</b> . . . . .	<b>275</b>
	Antje Schwinger, Kathrin Jürchott, Chrysanthi Tsiasioti und Isabel Rehbein	
17.1	Einleitung . . . . .	276
17.2	Datengrundlage und Methoden . . . . .	277
17.3	Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftig- keit . . . . .	278
17.3.1	Prävalenz der Pflegebedürftigkeit . . . . .	278
17.3.2	Schwere der Pflegebedürftigkeit . . . . .	281
17.3.3	Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit. . . . .	286
17.3.4	Eintritt in die Pflegebedürftigkeit und Verweildauer . . . . .	294

---

17.4	Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen . . . . .	298
17.4.1	Ambulante ärztliche Versorgung . . . . .	298
17.4.2	Stationäre Versorgung . . . . .	302
17.4.3	Versorgung mit Arzneimitteln . . . . .	306
17.4.4	Versorgung mit Heilmittelleistungen . . . . .	314
17.5	Versorgungsstrukturen und Personal in der Langzeitpflege in Deutschland . . . . .	319
17.6	Zusammenfassung . . . . .	324
<b>Autorenverzeichnis . . . . .</b>		<b>329</b>
<b>Sachverzeichnis . . . . .</b>		<b>341</b>

This page intentionally left blank

# Einführung: Die Pflegenden im Fokus

Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger

Im Pflege-Report 2015 wurden institutionelle Pflegearrangements und ihre Bedeutung für die Versorgungswirklichkeit der Pflegebedürftigen beleuchtet. Die Versorgung ist gleichzeitig aber auch im hohen Maß von den Personen geprägt, die die Pflege – im engeren und weiteren Sinne – durchführen. Dies umfasst einerseits die informellen (d. h. familiären) und ehrenamtlichen Pflegepersonen, die mit bis zu geschätzten 4 Mio. Menschen die bei weitem größte Gruppe im Kontext der Langzeitpflege darstellen.<sup>1</sup> Daneben sind aber auch rund 1 Mio. Pflegefach- und Hilfskräfte in der Langzeitpflege tätig.<sup>2</sup> Aber auch Betreuungspersonen und Personen aus weiteren Dienstleistungssektoren haben tagtäglich Kontakt mit Pflegebedürftigen. Nicht zu vergessen sind zudem die Ärzte und Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe, die regelmäßig in die Versorgung von Pflegebedürftigen eingebunden sind.

Der Versorgungsalltag der Pflegebedürftigen wird folglich von einer Vielzahl an Personen- und Berufsgruppen bestimmt. Wer sind diese Personen und welchen Herausforderungen stehen sie gegenüber? Wie können ausreichend Personen für diese Tätigkeiten und Berufe begeistert und qualifiziert werden? Wie kann die Zusammenarbeit zwischen den Personen- und Berufsgruppen verbessert werden? Welchen Versorgungs-Mix mit unterschiedlichen Personen- und Berufsgruppen benötigen wir?

Dies sind Fragen, die sich der Pflege-Report 2016 stellen und auf die er Antworten geben möchte. Dabei ist es ein Ziel, ein möglichst umfassendes Spektrum derjenigen aufzuzeigen, die an der Versorgung beteiligt sind. Zudem wollen wir in diesem Band Handlungsoptionen aufzeigen, mit denen vor dem Hintergrund insbesondere der demografisch bedingten Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte eine ausreichende Pflegeversorgung gesichert werden kann.

Im einleitenden Beitrag des Pflege-Reports 2016 skizzieren die Autoren die Herausforderungen und damit verbundenen Möglichkeiten des Neuzuschnitts sowie der Erweiterung und Ausdifferenzierung des pflegerischen Versorgungsmixes. Dabei stehen Überlegungen zur personellen sowie institutionellen Modellierung im Mittelpunkt. Gleichzeitig nehmen die Autoren die zukünftigen Versorgungsstrukturen in den Blick. Letztere müssen sowohl der demografischen Entwicklung als auch den limitierten Möglichkeiten in den klassischen Versorgungssettings und dem Fachkräftemangel in der Pflege Rechnung tragen. Vorrangig ist hier demnach vor allem die Überwindung vielfältiger Grenzen innerhalb der Versorgungsstrukturen. (*Beitrag Görres/Seibert/Stiefler*)

Der Pflege-Report betrachtet primär die Situation in Deutschland. Wir versuchen aber auch immer wieder, die pflegepolitische Debatte durch internationale

1 Analysen auf Basis des SOEP durch Rothgang et al. (2014) BARMER GEK Pflegereport.

2 Pflegestatistik, Statistisches Bundesamt 2013.

Perspektiven anzureichern. Daher nimmt der folgende Beitrag den Personen- und Professionen-Mix in ausgewählten europäischen Ländern in den Blick. Bei der Lektüre wird deutlich, dass sich die Pflegesysteme merklich in der Art, dem Umfang und der Qualität der finanzierten Dienste unterscheiden. Die Autoren zeigen exemplarisch für fünf europäische Länder, in welcher Weise die Pflegebedarfe durch formelle und informelle Pflegekräfte gedeckt werden. Dänemark ist in diesem Zusammenhang ein Beispiel für ein umfassendes staatlich organisiertes Pflegesystem. Deutschland steht für einen Mix aus informellen und formellen Elementen, während Italien traditionell in erster Linie über ein informelles Pflegesystem verfügt. Polen und die Slowakei repräsentieren informelle Pflegesysteme sowie im Aufbau befindliche soziale Sicherungssysteme. (*Beitrag Schulz/Geyer*)

Im dritten Beitrag des Pflege-Reports 2016 analysieren die Autoren die Qualifizierungslandschaft in der Pflege. Neben einer fortschreitenden Akademisierung der Pflege sind in Deutschland auch verstärkte Reformanstrengungen in Richtung einer generalistischen Pflegeausbildung zu beobachten. Mit dem neuen Pflegeberufsgesetz sollen künftig die Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege in einem Gesetz zusammengeführt werden. Vor diesem Hintergrund zielt der Beitrag auf eine Bestandsaufnahme und Standortbestimmung der Ausbildung in den Pflegeberufen im Kontext aktueller Entwicklungen und Herausforderungen. Es werden sowohl der Status quo der Ausbildungssituation in der beruflichen Pflege unterhalb der akademischen Ebene als auch die aktuell diskutierte generalistische Pflegeausbildung auf der Grundlage des aktuell verfügbaren Wissens erläutert. Zudem werden der Stand der Akademisierung der Pflege und die damit verbundenen Perspektiven erörtert. Im Beitrag und im Fazit wird auch der Frage nachgegangen, was diese Entwicklungen für die Attraktivität des Berufsbildes Pflege bedeuten können. (*Beitrag Kälble/Pundt*)

Das Thema Qualifizierung in der Pflege – und hier vor allem die Akademisierung der Pflege – steht auch im Mittelpunkt des folgenden Beitrags. Allerdings nehmen die Autoren hier wieder eine internationale Perspektive ein. Die Autoren verdeutlichen, dass Pflegepersonalangel und Maßnahmen zu seiner Milderung ein europäisches und internationales Dauerthema sind. Dabei können keine eindeutigen Aussagen dazu getroffen werden, inwiefern die in vielen Ländern vollzogene Akademisierung der Pflege die Attraktivität des Berufs steigern und damit zur Begegnung des Personalangels beitragen konnte. Entsprechend anzunehmende Effekte werden vor allem durch vielfach als unattraktiv befundene Arbeitsbedingungen überlagert. Mit Sicherheit aber bewirke die Akademisierung positive Effekte auf die Professionalisierung des Berufsfeldes und die qualitativ hochwertige Sicherung der Patientenversorgung. (*Beitrag Lehmann/Behrens*)

Vor dem Hintergrund oftmals als unattraktiv empfundener Arbeitsbedingungen beschreibt der nächste Beitrag auf Mikro-, Meso- und Makroebene zentrale Belastungsfaktoren der Pflegeberufe. Mit Hilfe (neo)institutionalistischer Organisationstheorien werden Mechanismen sichtbar gemacht, die bei der Umsetzung von Innovationen in Gesundheitseinrichtungen zu hausgemachten Verschärfungen der Belastungen beitragen. Aufgezeigt werden einige Grundpfeiler des BMBF-geförderten Projekts „AKIP“, die kurzfristig an der Verbesserung organisationsinterner Gestaltungskompetenz zur Minderung dieser „Selbststrangulationen“ ansetzen. Langfris-

tig sind jedoch Lösungsstrategien notwendig, die komplexe Wechselwirkungen zwischen den Belastungsfaktoren auf Mikro-, Meso- und Makroebene systematisch einbeziehen (*Beitrag Höhmann/Lautenschläger/Schwarz*).

Bestandteil attraktiver Arbeitsbedingungen in der Pflege ist eine angemessene Vergütung. Der folgende Beitrag macht deutlich, dass trotz der starken Nachfrage nach Pflegekräften auf dem Arbeitsmarkt die Löhne kaum auf diese Situation reagieren. Neben dem unterdurchschnittlichen Lohnwachstum variieren zudem die Löhne regional erheblich. Zudem lässt sich festhalten, dass examinierte Altenpflegekräfte in Deutschland im Schnitt etwa ein Fünftel weniger als Fachkräfte in der Krankenpflege verdienen. Die Autoren argumentieren, dass höhere Löhne in der Altenpflege nicht nur zur Linderung des Fachkräfteengpasses, sondern auch zur Stärkung der gesellschaftlichen Anerkennung eines überaus verantwortungs- und anspruchsvollen Berufs beitragen würden. (*Beitrag Bogai/Seibert/Wiethölter*)

In Bezug auf die Arbeitsbedingungen in der Pflege wird oft auf die fehlende bzw. schwache Interessenvertretung der beruflich Pflegenden verwiesen. Der folgende Beitrag greift in diesem Kontext die Debatte um die Einführung von Pflegekammern auf. Die in Deutschland zu beobachtende Auseinandersetzung zwischen Befürwortern und Gegnern von Pflegekammern konzentriert sich auf die Frage, ob es gelingen kann, durch die Errichtung von Pflegekammern eine verbesserte Interessenvertretung des Pflegeberufs zu erreichen. Im Ergebnis legt der Beitrag nahe, dass hierbei letztlich über die falsche Frage gestritten wird. Diese lautet nicht: Braucht es eine in Form einer Pflegekammer institutionalisierte Interessenvertretung? Sondern: Gibt es Defizite bei der beruflichen Regulierung und Aufsicht, die die Versorgungsqualität mindern und die Patienten unzureichend vor schlechter Pflege schützen? Der Beitrag skizziert die heutigen gesetzlichen Rahmenvorgaben, die hieraus resultierenden potenziellen Aufgaben von Pflegekammern und diskutiert, welche Chancen und Schwächen eine Übertragung der jeweiligen Aufgaben an Pflegekammern hätte. (*Beitrag Schwinger*)

Durch die Ausdifferenzierung des Versorgungsmixes erfolgt Pflegearbeit zunehmend auch in anderen Kontexten. In der ambulanten Pflege haben so genannte 24-Stunden-Pflegekräfte in Deutschland eine zunehmende Bedeutung. Die Autorinnen des folgenden Beitrags untersuchen daher, welche rechtlichen Rahmenbedingungen für solche vor allem osteuropäischen Arbeitskräfte gelten und unter welchen – häufig irregulären Arbeitsbedingungen – sie tätig sind. Der Beitrag geht abschließend auch der Frage nach, wie diese Versorgungsform vor dem Hintergrund einer zukünftigen Sicherstellung der Versorgung zu bewerten ist und inwiefern sie gestärkt und aus der „Grauzone“ gehoben werden könnte. (*Beitrag Satola/Schywalski*)

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber die Betreuungsdienste gestärkt. Vorgestellt wird hier die Erprobung von Betreuungsdiensten im Rahmen der Modellvorhaben nach § 125 SGB XI. Nach diesen können insbesondere Menschen mit kognitiven Einschränkungen mit einer neuen Sachleistung der häuslichen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung unterstützt werden. Ziel der Modellvorhaben ist, die Wirkung des Einsatzes der neuen Betreuungsdienste auf die pflegerische Versorgung bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit umfassend zu bewerten. Darüber hinaus wird auch die Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen erhoben. (*Beitrag Holzhausen/Schnabel*).

Die Ausdifferenzierung des Versorgungsmixes lässt sich auch noch aus einer anderen Perspektive betrachten. In den letzten Jahren hat sich Case Management als Leitformel für mehr Patientenorientierung etabliert. In zahlreichen Projekten wurden vielfältige Varianten einer stärker nutzerorientierten Sorgearbeit erprobt. In der Vielfalt steigt jedoch auch die Unübersichtlichkeit: Wer hat welche Zuständigkeit? Wer übernimmt welche Aufgaben und wer koordiniert die Versorgung? Sorgearbeit wird auch zum Wettbewerbsfaktor personenbezogener Dienstleistung. Faktisch deuten aktuelle Entwicklungen darauf hin, dass – so die zentrale These der Autoren – anstelle einer sachlich notwendigen und sozial wünschenswerten Integration zwendungsorientierter Aufgaben in bestehende und etablierte Berufsbilder die Lösung der Versorgungsprobleme in zum Teil beruflich formalisierte Spezialzuständigkeiten verlagert wird. (*Beitrag Becka/Borchers/Evans*)

Eine umfassende Analyse von Personen in der Pflege muss auch die Situation von pflegenden Angehörigen in den Blick nehmen. Ausgehend von einer Begriffsbestimmung des pflegenden Angehörigen gehen die Autoren in ihrem Beitrag auf die subjektive Belastung und ihre Folgen ein. Im Anschluss erfolgt ein Überblick über das Spektrum der Unterstützungsangebote in Deutschland – beginnend mit informationellen Hilfen wie Angehörigenberatung bis hin zu alternativen instrumentellen Entlastungsformen wie dem Betreuten Wohnen. Abschließend leiten die Autoren sieben praktische Implikationen für die Stärkung und bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Angehörigenpflege ab. (*Beitrag Gräßel/Behrndt*)

Ergänzt wird dies durch eine Befragung pflegender Angehöriger. Der Beitrag gibt einen detaillierten Überblick über die Pflegesituation und die damit einhergehende Belastungssituation der pflegenden Angehörigen. Erhoben wurden Bekanntheitsgrad, Inanspruchnahme und Bewertung von Unterstützungsangeboten der Pflegeversicherung. Ziel war es, Gründe und Motivation insbesondere auch der Personen zu erfahren, die keine Leistungen der Pflegeversicherung nutzen. Ersichtlich wird, dass nur rund die Hälfte der Befragten Nicht-Nutzer angibt, tatsächlich auch keinen Bedarf hieran zu haben. Im Ergebnis gibt der Beitrag einige Hinweise zu den Gründen der Nicht-Inanspruchnahme. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf den Bedürfnissen der Gruppe der Hoch-Belasteten. (*Beitrag Schwinger/Tsiasioti/Klauber*)

Von zentraler Bedeutung für pflegende Angehörige ist zudem die Vereinbarkeit von Beruf und Familie – aus diesem Grund wird diese Thematik in einem eigenen Beitrag beleuchtet. Die jüngsten Reformen der Pflegezeit und Familienpflegezeit werden danach eher verhalten in der Bevölkerung und in den Unternehmen aufgenommen. Beschäftigte befürchten berufliche Nachteile. Unternehmen sehen im Zusammenhang mit der längerfristigen teilweisen oder vollständigen Freistellung pflegender Angehöriger Störungen in den Betriebsabläufen vorher. Die derzeit erwerbstätigen Pflegepersonen haben zudem kein besonderes Bedürfnis, ihre Arbeit weiter zu reduzieren. Denn viele der mehrheitlich weiblichen pflegenden Angehörigen arbeiten bereits dauerhaft in Teilzeit und haben vermutlich schon aus finanziellen Gründen wenig Interesse, noch weniger zu arbeiten. Soll zukünftig die Pflegeverantwortung in der Erwerbsbevölkerung gleichmäßiger zwischen Männern und Frauen verteilt werden, müssten vor allem mehr erwerbsfähige Männer ihre Angehörigen pflegen. Da Männer aber mit ihrem Erwerbseinkommen im Durchschnitt in der Regel nach wie vor mehr zum Haushaltseinkommen beitragen als Frauen, bleibt

abzuwarten, ob sich Haushalte in Zukunft häufiger für eine partnerschaftliche Lösung des Vereinbarkeitsproblems von Beruf und Pflege entscheiden werden. (*Beitrag Suhr/Naumann*)

Die Analyse von Personen in der Pflege muss auch die verschiedenen Berufsgruppen in der Pflege und der Zusammenarbeit in den Blick nehmen. Im anschließenden Beitrag analysiert der Autor daher, welche Berufe in die Langzeitpflege eingebunden sind und auf welchen rechtlichen Grundlagen deren Zusammenarbeit basiert. Künftige Verbesserungsmöglichkeiten werden vor allem in der klaren Formulierung von Ausbildungszielen und der Schaffung von Teilapprobationen gesehen. Insgesamt fehlt es noch an einer allgemeinen rechtlichen Rahmenordnung für die Kooperation des pflegerischen Versorgungsgeschehens, die für alle Beteiligten Rechtssicherheit erzeugen könnte. Die im Pflegeberufegesetz formulierten Ausbildungsziele und die Einräumung von vorbehaltenen Tätigkeiten werden als positiver Beitrag für die Gestaltung der Kooperation in der pflegerischen Versorgung gesehen. (*Beitrag Igl*)

Das Ausmaß des zu erwartenden Fachkräftemangels in der Pflege zwingt die Unternehmen der Pflegebranche, verschiedene Maßnahmen zur Gewinnung und -bindung von Personal parallel in Angriff zu nehmen. Die Rekrutierung von Fachkräften aus dem Ausland ist dabei ein wichtiger Baustein. Der Anteil ausländischer Fachkräfte in der Pflege ist noch relativ gering, er entwickelt sich in jüngster Zeit jedoch sehr dynamisch – nicht zuletzt aufgrund zahlreicher Rekrutierungsbemühungen der Branche in Europa. Die Erfahrungen von Unternehmen mit Pflegefachkräften aus dem Ausland sind jedoch gemischt. Insbesondere mangelnde Praxiserfahrung wird genannt, die jedoch auf der anderen Seite durch eine hohe Einsatzbereitschaft und soziale Kompetenz zum Teil ausgeglichen wird. Eindeutig ist die Bewertung der Einrichtungen, was den hohen Aufwand der Auslandsrekrutierung betrifft. (*Beitrag Braeseke/Bonin*)

Die bisherigen Analysen haben gezeigt, dass viele Handlungsoptionen zur Verbesserung der Attraktivität des Pflegeberufs diskutiert werden. Eine Rolle spielt in diesem Zusammenhang eine attraktivere Vergütung in der Altenpflege. Diese wäre jedoch nicht zum Nulltarif zu haben. Zum Beispiel würde eine Angleichung des Vergütungsniveaus in der Altenpflege an das der Krankenpflege einen jährlichen Finanzierungsbedarf in Milliardenhöhe auslösen. Eine (Teil-)Akademisierung der Pflege und eine verbesserte Personalausstattung generierten weiteren erheblichen Finanzierungsbedarf. Derartige Fragen anzugehen, mit welchen Gestaltungsoptionen auch immer, ließe sich über das derzeitige Finanzierungssystem nicht nachhaltig und sozial gerecht finanzieren. Um finanziellen Handlungsspielraum für die Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs und Versorgungsverbesserungen in der Pflege zu schaffen, fordern die Autoren einen Finanzierungsbeitrag der privat Pflegeversicherten – bis hin zu der langfristigen Etablierung einer Pflegebürgerversicherung. (*Beitrag Greß/Jacobs*)

Der abschließende Beitrag des Pflege-Reports liefert ein ausführliches Bild zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland sowie der gesundheitlichen Versorgung von Pflegebedürftigen. Die Analysen basieren auf der amtlichen Statistik der gesetzlichen Pflegeversicherung, auf standardisierten AOK-Daten sowie auf der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes. Mit Hilfe der amtlichen Statistik werden die Pflegeprävalenz und die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen ver-

deutlich. Die AOK-Daten ermöglichen darüber hinaus Analysen zur Verweildauer in der Pflegebedürftigkeit sowie zur gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen. Als Kennzahlen werden die Inanspruchnahme von ärztlichen und stationären Leistungen, Polymedikation und Verordnungen gemäß der PRISCUS-Liste sowie die Inanspruchnahme von Physiotherapie und Ergotherapie herangezogen. Die Ergebnisse werden jeweils in Bezug gesetzt zur Versorgung der Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters. Ebenso werden die Analysen nach Schwere der Pflege und Versorgungssetting differenziert betrachtet. Der Beitrag umfasst darüber hinaus eine Übersicht zur Pflegeinfrastruktur. Auf Basis der Pflegestatistik werden Pflegeheime und -dienste sowie Anzahl und Qualifikationen des Pflegepersonals analysiert. *(Beitrag Schwinger/Jürchott/Tsiasioti/Rehbein)*

Teil I Schwerpunktthema

# Die Pflegenden im Fokus

---

(Kapitel 1–16)

This page intentionally left blank

# 1 Perspektiven zum pflegerischen Versorgungsmix

Stefan Görres, Kathrin Seibert und Susanne Stiefeler

## Abstract

Vor dem Hintergrund gesellschafts- und berufsstruktureller Veränderungen gewinnen Fragen einer bedarfsgerechten, an die Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen angepassten Gestaltung der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Die Autoren skizzieren die Herausforderungen und die damit verbundenen Möglichkeiten einer Neuzuschneidung, Erweiterung und Ausdifferenzierung des pflegerischen Versorgungsmix. Dabei stehen Überlegungen zur personellen sowie institutionellen Modellierung im Mittelpunkt, um zukünftige Versorgungsstrukturen in den Blick zu nehmen, die sowohl der demografischen Entwicklung und ihren Herausforderungen als auch den limitierten Möglichkeiten in den klassischen Versorgungssettings und dem Fachkräftemangel in der Pflege Rechnung tragen. Vorrangig ist hier, die vielfältigen Grenzen innerhalb der Versorgungsstrukturen zu überwinden.

Against the background of changes within society and within the health care professions, questions concerning the structure of an adequate health care meeting the requirements of people in need of care become more important. The authors outline the challenges and associated possibilities of re-tailoring, expanding and differentiating the nursing care mix. The key focus is on personnel as well as institutional structures in order to consider the shape of future health care by taking into account the demographic trends and their challenges as well as the limited possibilities of traditional care settings and the nursing shortage. The primary aim should be to overcome multiple limitations within the care structures themselves.

## 1.1 Pflegebedürftigkeit und Gestaltung der Versorgung – zukünftige Herausforderungen

Eine verlängerte Lebenserwartung, die Zunahme von Hochaltrigkeit, aber auch von chronischen Krankheiten sowie die Vervielfachung der Zahl an Menschen mit dauerhafter Unterstützungs- bzw. Pflegebedürftigkeit haben dazu beigetragen, dass die Pflege bzw. die Frage ausreichender pflegerischer Versorgung zu einer gesellschaftlichen Herausforderung ersten Ranges geworden ist. Vor allem ist zu erwarten, dass zukünftig mehr hochaltrige, dementiell erkrankte, multimorbide pflegebedürftige Patienten und Patientinnen zu versorgen sind. Nicht nur diese Personengruppe ist von hoher Relevanz für künftige Bedarfskonstellationen, sondern auch andere ge-

sellschaftliche Teilpopulationen: So wird die Zahl der psychischen bzw. gerontopsychiatrischen Erkrankungen ebenso zunehmen wie die Zahl der älteren Menschen mit Behinderungen. Bisher fast völlig unbeachtet geblieben ist die rasant steigende Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund. Diese Herausforderungen und zunehmende soziale und regionale Disparitäten sowie eine verstärkte Zersplitterung der Versorgungsinfrastruktur führen zu der zusammenfassenden Feststellung, dass die gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen vor der dringenden Notwendigkeit stehen, einen weitreichenden Strukturwandel zu vollziehen. Denn die steigende Pflegebedürftigkeit in ihrer vielfältigen Form und die Heterogenität der Betroffenen lässt für das gesamte Gesundheitswesen zunehmend die Frage aufkommen, wie, wo und durch wen die für das Jahr 2050 prognostizierten 4,2 Mio. Pflegebedürftigen in Zukunft versorgt werden sollen (BMG 2012).

Für die Gesundheitsberufe ebenso wie für deren Ausbildung wird parallel zu den Einrichtungen ebenfalls ein Wandel in Form von Reform- und zugleich Anpassungsszenarien notwendig. Dies gilt für nahezu alle beteiligten medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Fachberufe. Die neuen Herausforderungen lassen eine Neuzuschneidung, Erweiterung und Ausdifferenzierung des Qualifikations-, Kompetenz- und Aufgabenspektrums der Berufe in einem sich ständig wandelnden Gesundheitswesen erwarten (vgl. Görres und Böckler 2004). Diesen Wandlungsprozess gilt es zu gestalten: Die Strategien liegen zwischen Generalisierung und Spezialisierung, High- und Low-Level-Qualifikation, mono- und interdisziplinärer Orientierung, institutioneller Verankerung und unternehmerischer Selbstständigkeit, hoher Eigenverantwortung und Delegation. Sie sind für die zukünftige Strukturierung, Professionalisierung und Attraktivität der Gesundheitsberufe sowie die Qualität der Versorgung hoch relevant.

Allerdings wird dies nicht reichen: Der Fachkräftemangel in nahezu allen Gesundheitsberufen erfordert weiterhin funktionierende familiäre Unterstützungsstrukturen, die bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie eine Ausweitung des zivilgesellschaftlichen Engagements, allen voran des Ehrenamts. Gefragt sind daher intelligente, d. h. stärker ressourcenunabhängige und synergieproduzierende Versorgungsmodelle, die in ihrem Erscheinungsbild wesentlich vielgestaltiger und differenzierter sind als bisher. Ein nicht unbedeutender Einfluss dürfte hier aus der rasanten Technikentwicklung (Telematik, Telemonitoring) zu erwarten sein. Die Frage nach der Zukunft der gesundheitlichen Versorgung ist daher mehr denn je mit der Frage nach einem zukünftigen Versorgungsmix und seinen relevanten Einflussfaktoren eng verknüpft.

## 1.2 Einflussfaktoren: Demografie, sozialer und versorgungsstruktureller Wandel

Der Einflussfaktor **Demografie** setzt eine der wesentlichen Rahmenbedingungen für die Entwicklung des Gesundheitswesens und eines zukünftigen Versorgungsmix. Er geht in beeindruckender Weise mit einer überproportionalen Zunahme des Anteils alter und sehr alter Menschen und einer immensen Bedeutungssteigerung bezogen auf das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit einher. Ende des Jahres 2013 leb-

ten nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2,6 Millionen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) pflegebedürftige Menschen in Deutschland. Die Gesamtanzahl der Pflegebedürftigen zeigt im Vergleich zu 2011 einen Anstieg um 5 % (Statistisches Bundesamt 2015).

Bei einer derzeit größtenteils in der eigenen Häuslichkeit stattfindenden Versorgung (etwa 70 % der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt) ist die informelle Pflege als (noch) tragendes System der größten Anzahl von Versorgungsarrangements durch gesellschaftliche Veränderungen wie der Zunahme der Frauenerwerbsquote, der steigenden Kinderlosigkeit, dem Anstieg des Renteneintrittsalters, der Zunahme von Single-Haushalten und großer räumlicher Trennungen von Familien sowie der allgemeinen Alterung potenziell informell Pflegenden bedroht. Ausgehend von einem abnehmenden familialen Unterstützungspotenzial gewinnt eine familienergänzende bzw. -ersetzende professionelle Pflege an Bedeutung (vgl. Görres 2013).

Der **soziale Wandel**, der sich vor allem in einer Veränderung des traditionellen Familienbildes und -modells und der Zunahme „pluralisierter Lebensstile“ zeigt, wird zu weiteren Veränderungen in den Versorgungsbedarfen und -bedarfskonstellationen führen. Gegenwärtig und in den nächsten Jahrzehnten profitieren die Generationen von dem Anstieg der Lebenserwartung. Angehörige unterschiedlicher Generationen haben viel mehr Möglichkeiten, gemeinsame Lebenszeit miteinander zu verbringen und intergenerationelle Beziehungen zu führen sowie gegenseitige finanzielle und immaterielle Hilfeleistungen durchzuführen. Allerdings sind die intergenerationellen Beziehungen angesichts oft fehlender räumlicher Wohnortnähe nicht zwangsläufig mit häufigen Kontakten zwischen Eltern und Kindern verbunden. Eine gegebene Wohnortnähe lässt zwar die Übernahme von Versorgungsleistungen wahrscheinlicher werden, denn die meisten Tätigkeiten sind an direkte Kontakte gebunden wie z.B. Hilfeleistungen im Haushalt etc. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber auch, dass mit zunehmender Entfernung die Wahrscheinlichkeit sinkt, dass Angehörige solche Tätigkeiten übernehmen. Angesichts der hohen Mobilität erwerbstätiger Menschen ist Letzteres häufig der Grund dafür, dass professionelle Dienstleistungen in Anspruch genommen werden.

Die Bereitschaft zur Übernahme gesundheitsbezogener Tätigkeiten und zur Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen muss allerdings differenziert betrachtet werden. Studien weisen darauf hin, dass nach kulturellen Orientierungen, sozialen Milieus und Netzwerklagen sowie nach Stadt-/Landbevölkerung unterschieden werden muss. (vgl. Rothgang et al. 2012).

Angesichts der Notwendigkeit eines **strukturellen Wandels** ist die Versorgung der Zukunft deshalb noch mehr als bisher auf eine maximale Abstimmung einer Vielfalt an gesundheitsbezogenen und gesundheitsassoziierten Dienstleistungen angewiesen. In den letzten Jahren sind zahlreiche Initiativen entstanden, die eine Vernetzung von Gesundheitsleistungen fördern und durch ihre Einbindung in integrierte Versorgungsmodelle zur Überwindung einer Fragmentarisierung des Gesundheitssystems beitragen wollen.

Vor allem werden die Nachfrage und der Bedarf an differenzierten sowie flexiblen professionellen Dienstleistungen steigen. Zukünftig werden mehr innovative Versorgungsangebote **im Bereich der sozialen Netzwerke und pflegerischen Unterstützungs- und Hilfeleistungen** notwendig sein. Diese könnten bspw. folgende

Angebote beinhalten: Nacht- und Wochenendpflege, die pflegende Angehörige entlasten und zu einem normalen Tag- und Nachtrhythmus verhelfen, frühzeitige Beratung und Information als Bringdienst über entlastende Maßnahmen, Kurzzeitpflege, teilstationäre und stationäre Dienste, Case Management oder auch spezielle Gesundheitsförderungsprogramme, die z. B. die Nutzer informieren, unterstützen, anleiten und beraten.

Angesichts der Tatsache, dass in der Bevölkerung eine hohe Bereitschaft besteht, **ehrenamtliche Pflegetätigkeiten** zu übernehmen, sollte schließlich auch die **Stärkung des Ehrenamtes** als „neue Größe“ bei der Entwicklung einer zukünftigen versorgerischen Infrastruktur angemessene Berücksichtigung finden, um Qualitätsverschlechterungen, Versorgungsdefizite und Überforderungen der Hilfeleistenden zu vermeiden. Unstrittig ist, dass die Unterstützungs- und Pflegeleistungen durch Familienangehörige, informelle Netzwerke und Ehrenamtliche die professionellen Dienstleistungen nicht vollständig ersetzen können. Vielmehr muss seitens der professionellen Berufsgruppen und der Entscheidungsträger eine gute Balance gefunden werden, in welchen Bereichen professionelle Leistungen oder Leistungen durch Familienangehörige, informelle Netzwerke oder Ehrenamtliche indiziert sind. Um den zukünftigen Bedarfen gerecht zu werden, sollten kooperative und vernetzende Formen und Leistungsangebote zwischen dem professionellen und dem nicht-professionellen Sektor entwickelt werden.

Die skizzierten Entwicklungen offenbaren einen Bedarf an **Bildung von formellen und informellen Netzwerken sowie Leistungsangeboten, die auch als „Solidaritätsmix“ bzw. „Mix an Pflegearrangements“** oder Versorgungsmix bezeichnet werden. Die Aufgabe der Gesundheits- und Pflegepolitik sowie der Verantwortungsträger in den Institutionen und Diensten besteht darin, zukünftig eine entlastende Infrastruktur zu schaffen und zu einer Neubestimmung des Aufgaben- und Tätigkeitsprofils der Gesundheitsberufe zu kommen (Klie 2002). Gefragt sind neue Formen der Kooperation und Koordination der Einrichtungen sowie der Gesundheitsberufe untereinander unter konsequenter Einbeziehung von bürgerschaftlichen bzw. zivilgesellschaftlichen Ressourcen.

### 1.3 Berufsstrukturelle Einflussfaktoren auf den Versorgungsmix

Demografie, sozialer und versorgungsstruktureller Wandel haben auch Auswirkungen auf **berufsstrukturelle Rahmenbedingungen**, vor allem auf das Arbeitskräfteangebot in den Gesundheitsberufen. Wenn die geburtenstarken Jahrgänge um 2015 bis 2020 aus dem Erwerbsleben aussteigen, entsteht ein Mangel an Arbeitskräften, der nicht mehr vollständig mit in Deutschland ausgebildeten Fachkräften ersetzt werden kann. Längst sind Einrichtungen und Agenturen in Ländern wie China, Vietnam sowie Süd- und Osteuropa mit der Akquisition ausländischer Kräfte beschäftigt. Das Problem in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wird sich zudem vermutlich in der Gewinnung von Auszubildenden und in der Praxis tätigen Pflegenden auswirken. Diese Entwicklung korrespondiert negativ mit den berechneten erhöhten Beschäftigungspotenzialen in der Pflege. Jüngste Studien

kommen zu Bedarfen zwischen 100 000 und 500 000 Pflegefachkräften bis zum Jahre 2030 (z. B. Rothgang et al. 2012). Aufgrund des sinkenden Arbeitskräfteangebots wird es zukünftig immer schwieriger werden, die höheren Bedarfe an qualifiziertem Personal zu decken.

Der Gesetzgeber und andere Entscheidungsträger im Gesundheitswesen müssen daher auch unter den Vorzeichen von gesellschaftlicher Verantwortung und Ethik frühzeitig über Maßnahmen der Attraktivitätssteigerung der Gesundheitsberufe sowie insbesondere über Maßnahmen zur Gewinnung von Arbeitskräften in der Pflege nachdenken, um den steigenden Bedarf an professionell Pflegenden in den nächsten Jahrzehnten auch nur annähernd decken zu können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Qualifikation in den Gesundheitsberufen sowohl zur quantitativen als auch qualitativen Deckung des Bedarfs von hoher Relevanz ist.

## **1.4 Definitionen und Determinanten des pflegerischen Versorgungsmix**

### **1.4.1 Versorgungsmix als informelle und formelle Strukturelemente**

Sowohl die Quantität der Leistungsangebote als auch deren Qualität und Angemessenheit unter Berücksichtigung des individuellen Beitrags informeller (familiärer und ehrenamtlicher) sowie formeller (professioneller) Pflegepersonen müssen auf den Prüfstand gestellt und stetig angepasst werden. Familiäre und soziale Netzwerke sind von hoher Relevanz in der Versorgung: Informelle Pflege beinhaltet nicht nur rein pflegerische Maßnahmen, sondern auch Hilfestellungen in der Haushaltsführung und bei finanziellen Angelegenheiten. Für informelle Pflegepersonen sind neben einer guten Unterstützung mittels Beratungsangeboten auch Regelungen für Erwerbstätige zur Vereinbarkeit von Pflege eines Familienmitglieds und eigener Berufstätigkeit von Bedeutung. In Grundzügen wurde der Rahmen hierfür auf Gesetzesebene durch die Regelungen des 1. Pflegestärkungsgesetzes und des Gesetzes zur Familienpflegezeit geschaffen. Einige europäische Länder legen ein stärkeres Gewicht auf die informelle Pflege (wie zum Beispiel Polen oder Italien), während die formelle Pflege beispielsweise in den skandinavischen Ländern vordergründig die Form der pflegerischen Leistungserbringung bestimmt. In Deutschland hingegen ist Pflege sowohl informell als auch formell organisiert (Schulz und Geyer 2014).

### **1.4.2 Versorgungsmix als Modulierung quantitativer und qualitativer Größen**

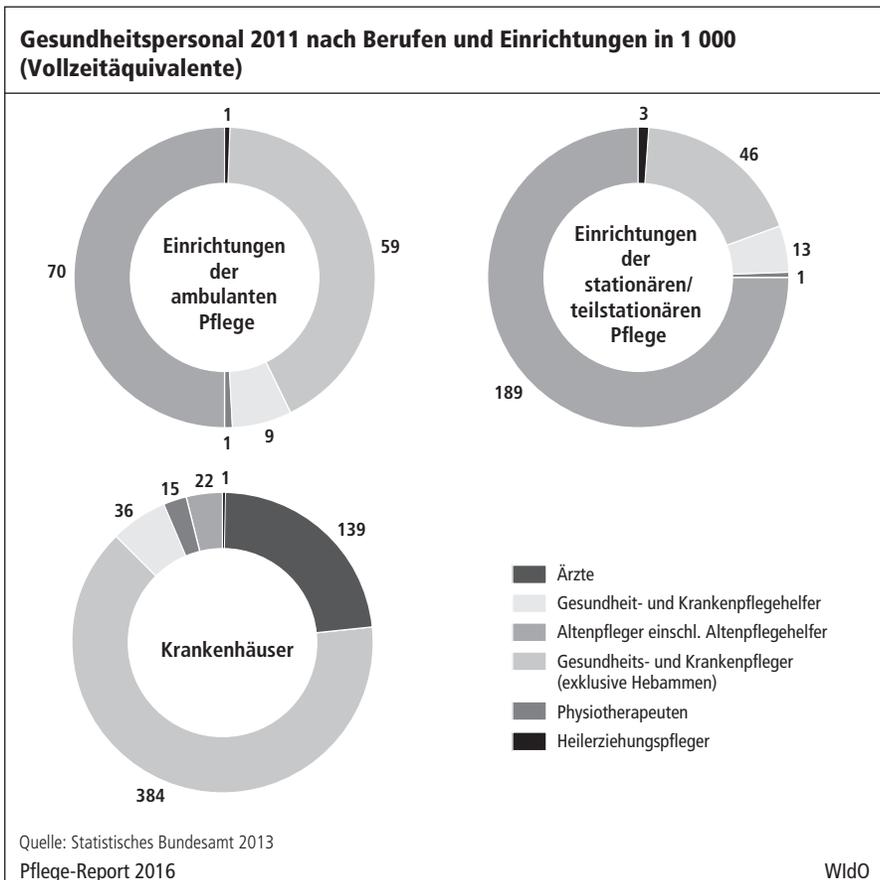
Das Verhältnis von informeller und formeller Pflege ist sowohl quantitativ als auch qualitativ ständig im Wandel. Notwendige Anpassungen des Versorgungsmix resultieren aus dem Zusammenspiel verschiedener Pflegearrangements und Gruppen Pflegenden (informell und formell), um die Herausforderungen der pflegerischen Versorgung zu meistern. In diesem Zusammenhang ist der Begriff „Versorgungsmix“ der Versuch zur Beschreibung einer infrastrukturellen Modulierung zukünftig

notwendiger Versorgungsszenarien, die sich durch hohe Flexibilität des strukturellen und personellen Versorgungssystems angesichts einer ebenso hohen Heterogenität der Versorgungsbedarfe kennzeichnen lässt.

### 1.4.3 Versorgungsmix als Verhältnis von Pflegepersonen zu Pflegesettings

Als Begriff ist der pflegerische Versorgungsmix bislang nicht abschließend und eindeutig definiert. Verwendung findet das Bild eines Mix bei unterschiedlichen Autoren und im Rahmen verschiedener Publikationen unter Einbezug von Versorgungssettings, beteiligten Personengruppen sowie Arten der Leistungserbringung (ZQP 2013; Hackmann 2014). Somit kann der pflegerische Versorgungsmix sowohl ausgehend von der Ebene der Einrichtungen der Leistungserbringung – aus Perspektive eines Mix von Versorgungssettings – als auch von der Ebene der an der Versorgung beteiligten Personen – aus Perspektive eines Mix ihrer Qualifikationen, Kompeten-

Abbildung 1–1



zen, Fähig- und Fertigkeiten – betrachtet werden. Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ist demnach nicht allein eine Frage der zur Verfügung stehenden Kapazitäten. An der gesundheitlichen Versorgung selbst sind neben den Berufsgruppen der Pflege (mit ihrem bereits weit gefächerten Spektrum an Qualifikationen, Funktionen und Aufgaben) eine Vielzahl weiterer Berufs- und Personengruppen beteiligt, darunter (Zahn-)Ärzte, Apotheker, psychologisch Psychotherapeuten sowie Physio- und Ergotherapeuten und Heilerziehungspfleger. Abbildung 1–1 zeigt einen Ausschnitt des Gesundheitspersonals 2011 nach Berufen und Settings. Derzeit finden sich in den unterschiedlichen Versorgungssettings mit Blick auf die pflegerischen Berufe vorrangig noch diejenigen, die traditionellerweise mit ihren Aufgaben- und Kompetenzspektrum dem jeweiligen Setting zugeschrieben werden. Im Jahr 2011 waren dies im ambulanten Sektor vorrangig Altenpfleger und Altenpflegehelfer (70 000) sowie Gesundheits- und Krankenpfleger (59 000). In den Krankenhäusern machten rund 384 000 Gesundheits- und Krankenpfleger (ausgenommen Hebammen) die größte Berufsgruppe aus. Zudem waren ca. 139 000 Ärzte in diesem Setting tätig. Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege wurden von der Berufsgruppe der Altenpfleger und Altenpflegehelfer dominiert (ca. 189 000 Personen) (Statistisches Bundesamt 2013). Hinzu kommt eine Anzahl angelernter Pflegekräfte (ohne Ausbildung), die zwischen 1999 und 2009 um 33 Prozent gestiegen ist. Bei Pflegefachkräften hingegen konnte lediglich ein Personalzuwachs um 20 Prozent und bei Pflegehilfskräften sogar nur um 16 Prozent verzeichnet werden (Simon 2012). Im Jahr 2012 waren in Deutschland zudem 35 000 Ergotherapeuten (DBL 2010) und im Jahr 2013 11 500 Logopäden an der Versorgung beteiligt (COTEC 2012). Darüber hinaus übernehmen ehrenamtlich Tätige Aufgaben und Verantwortung im Gesundheitsbereich. Von den im Jahr 2009 freiwillig engagierten 35,9 Prozent der Gesamtbevölkerung waren rund 6 Prozent im Gesundheitsbereich engagiert (ZQP 2013).

Im Folgenden wird der pflegerische Versorgungsmix vorrangig ausgehend von der Perspektive der an der direkten pflegerischen Versorgung beteiligten Personengruppen (im Sinne eines *pflegerischen Care-Mix*) in unterschiedlichen Settings betrachtet.

#### 1.4.4 Versorgungsmix als Verhältnis von Case- und Care-Mix

Der Zusammenhang dieser beiden Einflussgrößen ist bislang für Deutschland kaum untersucht. Sowohl Case- als auch Care-Mix sind Gegenstand internationaler Forschung. In der Literatur finden sich die Begriffe des *Skill-Mix* und des *Staff-Mix* häufig als Charakteristika des pflegenden Personals. Dabei werden neben vorliegenden oder fehlenden formalen Qualifikationen (Staff-Mix) auch die unterschiedlichen Fähigkeiten (beispielsweise im Hinblick auf in Fort- und Weiterbildungen) (Skill-Mix) erfasst und abgebildet (Buchan und Dal Poz 2002). Der Begriff Care-Mix fasst beide Aspekte zusammen und ist in diesem Sinne als übergeordneter Begriff zu betrachten.

Es ist naheliegend, dass sowohl auf der Ebene der Pflegepersonen als auch auf übergeordneter Ebene der Settings ein angemessener Mix vorliegen muss, um gute pflegerische Versorgungsqualität bereitzustellen. Die Sicherstellung hoher Qualität von Struktur, Prozess und Ergebnis setzt Anpassungen in der Personalplanung und

-ausbildung voraus, die einen gut angepassten Care-Mix auf die bestehende Bedarfslage abhängig vom Case-Mix ermöglichen soll.

Die Qualität der pflegerischen Versorgung ist von verschiedenen Aspekten abhängig. So kann davon ausgegangen werden, dass sowohl die Zusammensetzung von Pflegebedürftigen (der Case-Mix) als auch die Zusammensetzung der pflegenden Personen (der Care-Mix) Einfluss auf die Ergebnisqualität der erbrachten Leistungen haben. Vor dem Hintergrund der stetigen Diskussion um Pflege(ergebnis)qualität scheint der Zusammenhang zwischen Case- und Care-Mix relevant, um künftig den pflegerischen Herausforderungen angemessen entgegenzutreten zu können. Dies ist auch im Hinblick auf eine dem Case-Mix angemessene Planung des Care-Mix insbesondere im stationären Sektor von großem Interesse.

#### 1.4.5 Versorgungsmix als Caring Community

Doch nicht ausschließlich die planerische Ebene im ambulanten sowie teil- und vollstationären Setting ist von Fragen eines passenden Care-Mix betroffen. Auch auf kommunaler Ebene ist eine angemessene Zusammensetzung der an der Versorgung beteiligten Personen notwendig. Es gilt, Kooperation und Vernetzung zwischen den beteiligten Akteuren sowie geeignete Formen des Versorgungsmix zu entwickeln.

Für Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf ist neben einer pflegerisch-medizinisch-therapeutisch orientierten Versorgung eine umfassende Unterstützung in allen Lebensbereichen notwendig. Diese soziale Dimension von Pflege kann nicht ausschließlich durch fachpflegerische Leistungen kompensiert werden. Um diesem sozialen Bedarf gerecht zu werden, ist eine hohe Bürgerbeteiligung gefragt. Weiter sind auch infrastrukturelle Anpassungen von der Kommune zu leisten (Görres und Blom 2012). Der Quartiersansatz rückt in diesem Zusammenhang immer mehr ins Zentrum von Planungs- und Entwicklungsvorhaben. Zudem sind Ergänzungen notwendig um die Teilhabe vulnerabler Gruppen zu sichern. Die „Caring Community“ als sorgende Gemeinde scheint als Leitbild, das es in der Kommune zu integrieren gilt, für die Zukunft als geeignet. Die sorgende Kommune zeichnet sich in ihrer Umsetzung durch die gelungene Kombination von professionellen Hilfen, institutionellen Angeboten, bürgerschaftlichen Unterstützungen und nachbarschaftlicher sowie familiärer Hilfen aus. Für die Kultur der Pflege bedeutet das, dass eine zukunftsweisende sorgende Grundhaltung entwickelt werden muss. Dann ist eine bedarfsdeckende pflegerische Versorgung möglich, die zudem durch die sozialen Transferleistungen einen Beitrag zur Finanzierbarkeit qualitativ hochwertiger Pflege leistet (Klie 2012).

### 1.5 Ergebnisse nationaler und internationaler Forschung zum Versorgungsmix

Deutschland entwickelt und implementiert derzeit Strategien zur Organisation eines sich wandelnden Versorgungsmixes in der Praxis. Die Ausdifferenzierung pflegerischer Ausbildungsgänge ober- oder unterhalb herkömmlicher dreijähriger Ausbil-

dungen in der Alten- und Gesundheits- sowie Krankenpflege treibt diese Entwicklungen ebenso voran wie der Fachkräftemangel und die zunehmende Einsicht, dass auf differenzierte Versorgungsstrukturen mit einem differenzierten Care-Mix reagiert werden kann. Vor allem bedingen die steigende Zahl der pflegebedürftigen Menschen in der Gesellschaft und gesetzliche Anforderungen an die Personalbesetzung in Kombination mit sich verändernden Arbeitsprozessen und Aufgabenfeldern in der Pflege, dass es in der Organisationsstruktur der Einrichtungen in allen Sektoren Umbrüche gibt. Hier sind beispielsweise auch die mit dem Inkrafttreten des Ersten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) zum 01.01.2015 einhergehenden Änderungen der Anzahl des Betreuungspersonals nach § 87b SGB XI zu nennen (PSG I 2014). Die zunehmende funktionelle Aufgabenteilung hat deutlich dazu beigetragen, Tätigkeiten im Bereich semi-professioneller Leistungserbringung – z. B. die der Alltagsbegleiterinnen als Verknüpfung pflegerischer und häuslicher Tätigkeiten (Klein 2008) – zu fördern. Auch die wachsende Nachfrage nach Professionalität, begleitet vom Entstehen neuer Berufsfelder – so etwa im Bereich der Pflegeexpertise oder des Case Managements (Görres 2013; Klein 2008) – hat zur Folge, dass sich Aufgabenfelder differenzieren. Diese Entwicklung kann aber nicht als Beitrag zur Beseitigung des Fachkräftemangels gesehen werden und macht die weitere Ausbildung und Einarbeitung nicht-spezialisierter Personen als Substitut oder Unterstützung der Pflegefachkräfte mittlerweile gängig (vgl. Afentakis und Maier 2010).

### 1.5.1 Zentrale Kenngrößen und Variablen von Care-Mix

Clarke und Donaldson (2008) unterscheiden zwischen zwei grundlegenden Typen von Maßzahlen, wenn es darum geht, den Care-Mix auf Ebene der beteiligten Personen zu quantifizieren: Typ A) dividiert ein Volumen von Pflegenden oder Pflegeleistungen durch eine quantifizierte Anzahl von Pflegeleistungen und Typ B) bildet das Verhältnis des Personals mit höherer Qualifikation im Vergleich zum Personal mit niedrigerer Qualifikation ab.

Auf Ebene der pflegebedürftigen Menschen kommen besonders Variablen, die sich auf Endpunkte der direkten physischen Gesundheit beziehen oder Variablen aus dem Bereich der Lebensqualität als Ergebnismaße zur Anwendung. Für den Bereich der stationären Langzeitpflege sind dies bspw. häufig Variablen zum Auf funktionalen Status, zu kombinierten Qualitätsscores, zur Mortalität, zu Darm- und Harninkontinenz, Hospitalisierung sowie zu Mangelernährung oder Gewichtsverlust (Spilsbury et al. 2011).

### 1.5.2 Ergebnisse zur Wirksamkeit eines Care-Mix

Besonders für den Bereich der stationären (klinischen) Akutversorgung liegen derzeit Ergebnisse – meist internationaler – Forschungsarbeiten vor, die vorrangig den Einfluss eines pflegerischen Versorgungsmix im Sinne eines professionellen Care-Mix und den Einfluss akademisch ausgebildeten Pflegepersonals untersuchen (Darmann-Finck 2012; Stalpers et al. 2015). Die Untersuchungen von Aiken und Kollegen (2014) unterstreichen den positiven Beitrag und notwendigen Einsatz akade-

misch ausgebildeten Pflegepersonals im Care-Mix für die stationäre Akutversorgung: Der Vergleich von Entlassungsdaten von 422 730 Patienten (50 Jahre oder älter, nach chirurgisch operativem Eingriff) aus 300 Krankenhäusern in neun europäischen Ländern zur innerklinischen Mortalität weist darauf hin, dass ein steigender Anteil Pflegenden mit einem Bachelorabschluss (je 10%) innerhalb einer Klinik signifikant mit einer Abnahme der Mortalität (um je 7%) assoziiert ist.

Für den Bereich der stationären Langzeitversorgung weist die heterogene Studienlage bislang nicht abschließend auf einen konsistenten positiven Zusammenhang bestimmter Qualifikationen des pflegerischen Personals im Hinblick auf bewohnerinnenbezogene Ergebnismaße hin. Lediglich ein Zusammenhang zwischen Personalbesetzung (als rein zahlenmäßige Betrachtung) und Versorgungsqualität scheint derzeit gesichert (Bostick et al. 2006; Spilsbury et al. 2011; Shin 2013; Backhaus et al. 2014). Zur optimalen Gestaltung eines pflegerischen Versorgungsmixes, der im Ergebnis eine hochwertige Versorgungsqualität erzeugt, gilt es, die Frage nach der Struktur eines dem Case-Mix angepassten Care-Mixes zu untersuchen. Erste Ansätze finden sich dazu auf nationaler Ebene im Bereich der stationären Langzeitpflege. Ausgehend von den Ergebnissen des Pilotvorhabens StaVaCare liegen erste Erkenntnisse zu statistischen Modellen vor, welche die Zusammenhänge ausgewählter Care- und Case-Mix-Variablen und deren Einfluss auf die Ergebnisqualität untersuchen (Schnabel und Eifert 2014).

Für den Bereich des betreuten Wohnens lassen sich kaum Untersuchungen finden, die sich mit der Personalbesetzung und anschließenden Bewohneroutcomes auseinandersetzen. Eine protektive Wirkung im Hinblick auf Hospitalisierungen wurde von Stearns et al. (2007) mit einem höheren Anteil durch lizenziertes Personal erbrachter Pflegezeit assoziiert, wobei dieser Effekt mit dem prozentualen Anteil von Bewohnern mit Demenz innerhalb der Einrichtungen deutlich variierte. Für das Setting der ambulanten häuslichen Versorgung lassen sich aufgrund der vorliegenden Studienlage keine Aussagen zur Wirksamkeit des Care-Mix treffen.

Welche (Aus-)Wirkungen sich aus dem zunehmenden Einsatz freiwilligen Engagements hinsichtlich gesundheitsbezogener Endpunkte pflegebedürftiger Menschen ergeben, ist bislang lückenhaft untersucht. Positive Effekte für die freiwillige Arbeit sind vorrangig für die – oftmals älteren – ehrenamtlich Tätigen selbst beschrieben (Bonsdorff und Rantanen 2011).

### 1.5.3 Forschungsdefizite zum Care-Mix

Um den Einfluss und Beitrag unterschiedlicher Fähig- und Fertigkeiten im Care-Mix auf die Versorgungsqualität abzubilden, bedarf es der Anwendung methodisch hochwertiger Studiendesigns. Benötigt werden als quantitative Ansätze besonders Beobachtungsstudien und randomisiert kontrollierte Studien (RCT), denen es gelingt, ausgehend von Primärdatenerhebungen in prospektiven Längsschnittdesigns die im untersuchten Setting vorherrschenden Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. In der stationären Langzeitpflege hieße dies auch besonders den rechtlichen Rahmen der Personalplanung (Stichwort Fachkraftquote) zu berücksichtigen. Mit Blick auf die derzeit verfügbaren Daten zu unterschiedlichen Versorgungssettings sind auf nationaler Ebene Erkenntnisse zu allen Settings und Arten von Pflegearrangements – besonders jedoch für den nicht unwesentlichen Bereich der ambulanten

häuslichen Versorgung – notwendig. Qualitative Ansätze können ergänzend Erkenntnisse zum Erleben der Versorgung durch unterschiedliche Personen- und Berufsgruppen aus Sicht der betroffenen Pflegebedürftigen und deren Angehörigen liefern.

## 1.6 Potenziale für und Anforderungen an die Sicherstellung eines bedarfsgerechten Versorgungsmixes: Erfahrungen aus Modellen in Deutschland

Modellannahmen und Analysen betonen die Bedeutsamkeit der Entwicklung eines Versorgungsmix (Schulz und Geyer 2014; Kesselheim et al. 2013). Die tatsächliche Gestaltung des pflegerischen Versorgungsmixes ist abhängig von der realen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, den verfügbaren Pflegepersonen und der politischen Steuerung. Ansätze der Weiterentwicklung lassen sich auf Grundlage von Prognosen und Forschungsprojekten identifizieren.

Rothgang et al. (2012) beschreiben drei Szenarien, welche die kleinräumige Entwicklung der Versorgungssituation Pflegebedürftiger in Deutschland darstellen. Ausgehend von den Annahmen, dass je nach Region (Bundesland; Kreis) unterschiedliche Ausgangssituationen bei gleichbleibender Pflegequote vorherrschen, bleibt in Szenario 1 der Status quo erhalten, während in Szenario 2 die formelle Pflege zunimmt, weil die Bereitschaft oder Möglichkeit zur Pflege durch Angehörige sinkt. Im dritten Szenario wird die häusliche Pflege gestärkt, indem Versorgungsformen und Unterstützungen bereitgestellt und implementiert werden. Den Autoren erscheint dieses dritte Szenario im Hinblick auf die Entwicklung der Versorgungssituation bis zum Jahr 2030 realisierbar, wenn erhebliche Bemühungen unternommen werden, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern, die Angehörigenpflege zu stärken und zu stützen und das zivilgesellschaftlichen Engagement zu fördern (Rothgang et al. 2012).

Der Ansatz von Hackmann (2014) basiert auf Annahmen zur möglichen Reduktion des Anteils formeller, stationärer Pflege, die sich ausgehend von den Pflegegraden des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) auf Pflegebedürftige mit höherem Bedarf konzentriert. Personen mit geringerem Pflegebedarf werden dabei niedrigschwellig ambulant bzw. informell versorgt. Im Vordergrund steht, einen optimalen Versorgungsmix in verschiedenen Settings unter Beteiligung unterschiedlicher Pflegepersonen zu ermitteln. Als erstrebenswert wird hier betrachtet, dass die stationäre Versorgung im Jahr 2020 zurückgeht, indem die formale stationäre Versorgung sich auf Personen mit starken kognitiven und körperlichen Einschränkungen sowie besonderen Bedarfslagen beschränkt.

## 1.7 Ausblick: den Versorgungsmix von morgen heute denken

Ausgehend von den vielfältigen gesellschaftlichen Veränderungen und Entwicklungen ergibt sich sowohl quantitativ als auch qualitativ eine steigende Nachfrage nach medizinischen, therapeutischen und vor allem Pflegeleistungen. Angesichts des Kostendrucks im Gesundheitswesen können die gegenwärtigen gesundheitspolitischen Steuerungselemente jedoch nicht gewährleisten, dass die sich abzeichnenden faktischen Bedarfe an gesundheitlichen und pflegerischen Leistungen angemessen gedeckt werden. Insofern ist eher von einer scherenförmigen Entwicklung auszugehen: Bedarf und Bedarfsdeckung werden weiter auseinanderdriften. Gefragt sind in Zukunft Versorgungsstrukturen, die sowohl der demografischen Entwicklung und ihren Herausforderungen als auch den limitierten Möglichkeiten in den klassischen Versorgungssettings und dem Fachkräftemangel in der Pflege Rechnung tragen. Um eine bestmögliche Versorgung zu gestalten, muss ein besonderes Augenmerk darauf gerichtet werden, die Bedarfe der Pflegebedürftigen einerseits und den breiten Mix an informeller Pflege durch Ehrenamtliche, Nachbarschaftshilfe und Angehörige sowie die vielfältigen Qualifikationsstufen und Spezialisierungen in den Gesundheitsberufen andererseits aufeinander abzustimmen. Um den differenzierten Bedarfen im Sinne eines maßgeschneiderten Versorgungsmix gerecht zu werden, müssen sich die Einrichtungen ebenso wie die im Gesundheitswesen Tätigen dem Wandel und den gestiegenen Anforderungen anpassen. Die Literaturlage lässt den Schluss zu, dass ein hoher Bedarf an einem sektoren-, berufsgruppenübergreifenden, systematischen, evidenz-basierten Versorgungsmix besteht.

Welche Rolle dazu die zunehmende Diffusion von neuen Technologien in das Gesundheitswesen einnimmt, ist derzeit noch nicht vollends absehbar. Während bei der industriellen Fertigung von Sachgütern die technische Rationalisierung mehr und mehr an Grenzen stößt, ist das Potenzial einer über Technikeinsatz organisierten Arbeitsteilung im Bereich des Dienstleistungssektors Gesundheitswesen noch längst nicht ausgeschöpft. Schon jetzt ist es möglich, durch moderne Kommunikationstechnologien die faktische Präsenz von Angehörigen der Gesundheitsberufe beim Pflegebedürftigen oder Patienten zu reduzieren oder sogar überflüssig zu machen. Auch (pflegende) Familienangehörige profitieren davon, wenn beispielsweise ein Monitoring über eine räumliche Distanz möglich wird. Durch visuelle Vermittlungssysteme, technische Selbstdiagnose und multimediale Informationssysteme kann schließlich die Mündigkeit und Autonomie von Pflegebedürftigen und Patienten gestärkt werden.

Der integrierte Einsatz informatorischer und telekommunikativer Techniken (Telecare, Telenursing, Telemedizin) wird die Versorgungsprozesse in Zukunft deutlich umstrukturieren und sowohl zu einer Verdichtung und Intensivierung der Arbeitsprozesse und der Arbeitsleistung führen als auch die Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen und den pflegenden Angehörigen neu strukturieren.

In Zukunft verstärkt gefragt sind zudem die Steuerung der gesundheitlichen Versorgung, die Abstimmung bestehender Angebote und die Optimierung der Versorgungsabläufe. Beispiele aus dem internationalen Raum zeigen, dass Gesundheitsberufe erfolgreich berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgungsprogramme leiten und führen und damit für eine bedarfsgerechte Versorgung bis hin

zur lokalen kommunalen Ebene sorgen. Zukünftige Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte müssen neben alters- und krankheitsbezogenen Schnittstellen und Übergängen („Transitional Care“) auch den Aufbau einer Versorgung mit einem starken regionalen und häuslichen Bezug („Community Based Care“) berücksichtigen (SVR 2009).

Der Grundsatz ambulant vor stationär hat – wenn auch weit weniger als erwartet – dazu beigetragen, die Tendenz zur Dezentralisierung und Integrierung von Versorgungsangeboten in Wohnortnähe zu stärken: der „Präventive Hausbesuch“, der Ausbau der Pflegeberatung (z. B. durch Pflegestützpunkte) und zahlreiche niederschwellige Betreuungsangebote etwa für demenzkranke Pflegebedürftige, ebenso der Hausnotruf, assistive Technologien und intelligente Haustechniken (Ambient Assisted Living, Smart Home) ermöglichen es, Menschen mit alters- bzw. krankheitsbedingten Einschränkungen ein möglichst autonomes Leben im Alltag zu sichern.

All diese Angebote haben das Potenzial, Gewohnheiten zu verändern und neue Versorgungsformen zu unterstützen. Bei gezielter Steuerung z. B. auf der kommunalen Plattform im Kontext quartiersbezogener Versorgungsansätze sollte es deshalb aus gesundheits- und pflegepolitischer Perspektive zukünftig möglich sein, so genannte „No-Care-Zonen“ zu vermeiden (vgl. Görres und Blom 2012).

Die vielleicht wichtigste Weichenstellung besteht darin, die vielfältigen Grenzen innerhalb der Versorgungsstruktur zu überwinden, die einer Kooperation und Koordination der verschiedenen Beteiligten und Institutionen entgegenstehen (vgl. SVR 2009). Für Kommunen besteht die Chance darin, in einem kleinen und überschaubaren Rahmen Korridore für eine bessere Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Institutionen zu schaffen.

## Literatur

- Afentakis A, Maier T. Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik* 2010; 11: 990–1002.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet* 2014; 383 (9931): 1824–30.
- Backhaus R, Verbeek H, van Rossum E, Capezuti E, Hamers JPH. Nurse Staffing Impact on quality of Care in Nursing Homes: A Systematic review of Longitudinal Studies. *J Am Med Dir Assoc* 2014; 15 (6): 383–93.
- von Bonsdorff MB, Rantanen T. Benefits of formal voluntary work among older people. A review. *Aging Clin Exp Res*. 2011; 23 (3):162–9.
- Bostick J, Rantz MJ, Flesner MK, Riggs CJ. Systematic Review of Studies of Staffing and Quality in Nursing Homes. *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7 (6): 366–76.
- Buchan J, Dal Poz MR. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bull World Health Organ* 2002, 80 (7): 575–80.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung 10/2012. [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/2012\\_04\\_Zahlen\\_und\\_Fakten\\_Pflegeversicherung.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/2012_04_Zahlen_und_Fakten_Pflegeversicherung.pdf) (13. Juli 2015).

- Clarke SP, Donaldson NE. Chapter 25. Nurse Staffing and Patient Care Quality and Safety. In: Hughes, RD. Patient Safety and Quality. An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US) 2008; 1–23.
- Council Occupational Therapists European Countries (COTEC). Summary of the occupational therapy profession in Europe. <http://www.cotec-europe.org/userfiles/file/%20ot%20summary/Summary%202012.pdf> (27. Juni 2015).
- Darmann-Finck I. Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. *Pflege & Gesellschaft* 2012; 7 (3): 216–32.
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (DBL). Logopädie – Ausbildung und Beruf. Daten und Fakten – Stand April 2013. [https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Publikationen/0002\\_ausbildung\\_beruf.pdf](https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Publikationen/0002_ausbildung_beruf.pdf) (07. Juli 2015).
- Görres S. Orientierungsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen, Trends und Bedarfe. In: Robert Bosch Stiftung. Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart: o. V. 2013; 19–49.
- Görres S, Blom S. Die „neue“ Verantwortung der Kommunen – Herausforderungen für eine aktive politische Gestaltung zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen für ältere Menschen. Deutsches Zentrum für Altersfragen: „Informationsdienst Altersfragen“ 2012; 39 (02): 3–8.
- Görres S, Böckler U. Innovative Potenziale und neue Märkte für zukünftige Dienstleistungen in der Pflege – Ergebnisse einer Delphistudie. *Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe* 2004; 17 (2): 105–12.
- Hackmann T. *Pflegemix der Zukunft. Spannungsfeld zwischen pflegerischer Notwendigkeit und tatsächlicher Versorgung*. 2014. Basel: o. V.
- Kesselheim H, Schildmann C, Schmidt S, Steffen M, Stiegler B, Wallrafen-Dreisow H. *Pflege zwischen Familie, Markt und Staat. Wie Pflegearbeit in Zukunft organisiert werden kann*. Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg). Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn: o. V. 2013.
- Klein B. Current situation of German care homes. *Int J Older People Nurs* 2008; 3 (4): 287–290.
- Klie T. Auf dem Weg zur Caring Community. In: Kruse A, Rentsch T, Zimmermann HP. *Gutes Leben im hohen Alter*. Heidelberg, Neckar: Akademische Verlagsgesellschaft AKA 2012. 231–8.
- Klie T. Interview: Die Zukunft der Pflege. Ergebnisse der Kasseler Studie. *Pflegen Ambulant* 2002; 13 (6): 40–2.
- Rothgang H, Müller R, Unger R, Klie T, Göhner A, Schuhmacher B. Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2012.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). *Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Gutachten Kurzfassung. Berlin 2009. [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf) (17. Juli 2015).
- Schnabel E, Eifert C. Forschung für die Pflege. Bestandsaufnahme und Impulse. In: Pfeiffer D, von Stackelberg JM, Kiefer G (Hrsg). *GKV-Lesezeichen 2014*. Köln: o. V. 2014; 118–39.
- Schulz E, Geyer J. *Pflegebedarfe und Pflegesettings – Ein Vergleich formeller und informeller Pflege in ausgewählten europäischen Ländern*. Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, DIW 2014; 83: 137–57.
- Shin JH. Relationship between nursing staffing and quality of life in nursing homes. *Contemp Nurse* 2013; 44 (2): 133–43.
- Simon M. *Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009*. Studie für den Deutschen Pflegerat. 2012. [http://www.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/pp/Simon\\_2012\\_Studie\\_zur\\_Beschaeftigung\\_in\\_Pflegeberufen.pdf](http://www.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/pp/Simon_2012_Studie_zur_Beschaeftigung_in_Pflegeberufen.pdf) (07. Juli 2015).
- Spilsbury K, Hewitt C, Stirik L, Bowman C. The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2011; 48 (6): 732–50.
- Stalpers D, de Brouwer BJ, Kaljouw MJ, Schuurmans MJ. Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: a systematic review of literature. *Int J Nurs Stud* 2015; 52 (4): 817–35.
- Statistisches Bundesamt. *Gesundheit. Personal. Fachserie 12 Reihe 7.3.1*. Wiesbaden 2013. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Personal\\_PDF\\_2120731.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Personal_PDF_2120731.pdf?__blob=publicationFile) (07. Juli 2015).

- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2013 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden 2015. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf;jsessionid=C95EB700EBA34B5594C8C3D489111DBF.cae1?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf;jsessionid=C95EB700EBA34B5594C8C3D489111DBF.cae1?__blob=publicationFile) (29.Juni 2015).
- Stearns SC, Park J, Zimmerman S, Gruber-Baldini AL, Konrad TR, Sloane PD. Determinants and Effects of Nurse Staffing Intensity and Skill Mix in Residential Care/Assisted Living Settings. *Gerontologist* 2007; 47 (5): 662–71.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix. ZQP Themenreport. Berlin: o. V. 2013.

This page intentionally left blank

# 2 Wer pflegt? Personen- und Professionen-Mix in ausgewählten europäischen Ländern<sup>1</sup>

Erika Schulz und Johannes Geyer

## Abstract

Im Fokus dieses Beitrages steht der Bereich der Pflegedienstleistungen. Die Pflege ist durch einen Mix von formellen und informellen Pflegekräften gekennzeichnet. Der Umfang des formellen Pflegekräfteangebots hängt dabei wesentlich von der Ausgestaltung der staatlichen Pflegesysteme ab. Die Pflegesysteme unterscheiden sich merklich in der Art, dem Umfang und der Qualität der finanzierten Dienste. In diesem Beitrag wird exemplarisch für fünf europäische Länder dargelegt, in welcher Weise die Pflegebedarfe durch formelle und informelle Pflegekräfte gedeckt werden. Dabei untersuchen wir die Situation in Dänemark als Beispiel für ein umfassendes staatlich organisiertes Pflegesystem, in Deutschland, das für einen Mix aus informellen und formellen Elementen des Pflegesystems steht, in Italien, das über ein traditionelles in erster Linie informelles Pflegesystem verfügt, sowie in Polen und der Slowakei, die informelle Pflegesysteme sowie im Aufbau befindliche soziale Sicherungssysteme repräsentieren.

In this article we focus on long-term care services and the long-term care labour force in different countries. Long-term care is provided by both formal and informal caregivers. The size of the formal nursing care workforce depends mainly on the institutional settings. Public provision of long-term care differs markedly across countries with respect to type of service, amount and quality of services. In our article we analyse exemplarily for five European countries (Denmark, Germany, Italy, Slovakia and Poland) in which way long-term care is provided. In particular we focus on the mix between formal and informal care. Denmark is an example of a comprehensive welfare state acting as the main provider of formal care. Germany is a conservative welfare state with a mixture of formal and informal care services. Italy as a Southern European welfare state is similar to Germany, but relies even more on the family as a care provider.

<sup>1</sup> Dieser Beitrag basiert auf Ergebnissen, die im Rahmen des von der EU finanzierten Forschungsprojekts NEUJOBS (Creating and Adapting Jobs in Europe in the Context of a Socio-ecological Transition) im Bereich Health and Long-Term Care erarbeitet wurden. Detaillierte Analysen wurden erstellt von Golinowska S., Kocot E. und Sowa A. (2013) (CASE) für Polen, Radvanský M. und Lichner I. (2013) (Ekonomickýústav SAV) für die Slowakei, Coda Moscarola F. (2013) (CeRP-CCA und University of Turin) für Italien sowie von Schulz E. (2013) (DIW) für Dänemark und Schulz E. und Geyer J. (2013) (beide DIW) für Deutschland. Die Länderberichte und weitere Informationen sind frei verfügbar unter [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu).

Poland and Slovakia are examples of Eastern European welfare states which are currently still setting up their care systems.

## 2.1 Einleitung

Die Auswirkungen der Alterung der Bevölkerung auf verschiedene gesellschaftliche Bereiche werden seit langem diskutiert. In den Anfangsjahren richtete sich das Augenmerk vornehmlich auf mögliche Konsequenzen für die staatlichen Ausgaben, insbesondere die nachhaltige Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. In den letzten Jahren rücken zudem die damit verbundenen Chancen und Risiken für die Arbeitsmärkte in den Fokus der nationalen und internationalen Diskussion. Insbesondere die Gesundheits- und Pflegedienstleistungen wiesen im letzten Jahrzehnt eine hohe Beschäftigungsdynamik auf. In Europa (EU 27) wurden zwischen 2003 und 2013 über 4 Millionen neue Arbeitsplätze in diesem Sektor geschaffen, etwa die Hälfte davon seit 2008. Dies ist bemerkenswert, da die gesamtwirtschaftliche Beschäftigung in der ökonomischen Krise rückläufig war (Eurostat 2015a). Diese Zunahme wird teilweise auf die Alterung der Bevölkerung zurückgeführt, da mit steigendem Alter die Inanspruchnahme von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen zunimmt. Gleichzeitig zeichnen sich in etlichen europäischen Staaten Personalengpässe in einigen Gesundheits- und Sozialberufen ab, die sich künftig angesichts der erwarteten demografischen Entwicklung verstärken werden.

Im Fokus dieses Beitrages steht der Bereich der Pflegedienstleistungen. Die Pflege ist durch einen Mix von formellen und informellen Pflegekräften gekennzeichnet. Der Umfang des formellen Pflegekräfteangebotes hängt dabei wesentlich von der Ausgestaltung der staatlichen Pflegesysteme ab. Obwohl inzwischen nahezu alle europäischen Länder staatliche Leistungen für pflegebedürftige Personen in Form von Geld- oder Sachleistungen anbieten, unterscheiden sie sich merklich in der Art, dem Umfang und der Qualität der finanzierten Dienste. In diesem Beitrag wird exemplarisch für fünf europäische Länder dargelegt, in welcher Weise die Pflegebedarfe durch formelle und informelle Pflegekräfte gedeckt werden. Dabei berücksichtigen wir unterschiedliche Systeme: Analysiert wird die Situation in Dänemark als Beispiel für ein umfassendes staatlich organisiertes Pflegesystem; in Deutschland, das für einen Mix aus informellen und formellen Elementen des Pflegesystems steht; in Italien, das über ein traditionelles in erster Linie informelles Pflegesystem verfügt, sowie in Polen und der Slowakei, die informelle Pflegesysteme sowie im Aufbau befindliche soziale Sicherungssysteme repräsentieren.

## 2.2 Pflegesysteme, formelle und informelle Pflege

Der Bedarf an formeller und informeller Pflege und den entsprechenden pflegeleistenden Personen hängt zuvorderst von der Zahl der Personen mit Pflegebedarf ab. Ein Pflegebedarf besteht, wenn Personen über einen längeren Zeitraum Einschränkungen

Tabelle 2–1

**Hilfe- und Pflegebedarfe und Empfänger staatlicher Pflegeleistungen 2010**

	Personen mit Einschränkungen*	Leistungsempfänger			Personen ohne staatliche Leistungen	
		in Heimen	zu Hause			insgesamt
			Pflege- dienste	Geld- leistungen		
in %	Anteil an den Personen mit Einschränkungen in %					
Dänemark	7	11	48	0	59	41
Deutschland	10	9	7	15	32	68
Italien**	5	11	19	16	46	54
Polen	7	6	6	0	12	88
Slowakei	9	8	5	12	25	75

\* Personen mit längerfristigen erheblichen Einschränkungen in den üblicherweise ausgeübten Tätigkeiten (EU SILC) bezogen auf die Bevölkerung

\*\* In Italien können Schwerbehinderte Geldleistungen zum Ausgleich der erhöhten Pflegeaufwendungen erhalten, die oftmals für die Bezahlung privat engagierter Pflegekräfte (sogenannter caretaker) verwendet wird.

Quelle: Schult 2013a, b; Coda Moscarola 2013; Golinowska et al. 2013; Radvanský und Lichner 2013; Berechnungen des DIW Berlin

Pflege-Report 2016

WIdO

in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und/oder Einschränkungen in den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) haben.<sup>2</sup> Gemäß der Europäischen Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU SILC) sind in den hier einbezogenen Ländern insgesamt rund 15,5 Millionen Personen langfristig erheblich in ihren täglichen Aktivitäten eingeschränkt. Der Anteil der Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf an der Bevölkerung beträgt zwischen 10% in Deutschland und 5% in Italien (Tabelle 2–1).<sup>3</sup> Da die Einschränkungen generell mit dem Alter der Personen zunehmen, ist im Durchschnitt rund ein Drittel der erheblich eingeschränkten Personen mindestens 75 Jahre alt (Schulz und Geyer 2015).

Wer in welchem Umfang die benötigte Hilfe und Pflege gewährt, hängt wesentlich von der Höhe staatlicher Unterstützungsleistungen ab. Heinze (2015) unterscheidet zwischen den familienbasierten subsidiären Systemen wie beispielsweise in Deutschland und den servicebasierten universalistischen Systemen wie beispiels-

2 Die OECD definiert „Personen mit Pflegebedarf“ als ‚persons with a reduced degree of functional capacity, physical or cognitive, and who are consequently dependent for an extended period of time on help with basic activities of daily living (ADL), such as bathing, dressing, eating, getting in and out of bed or chair, moving around and using the bathroom. This is frequently provided in combination with basic medical care, prevention, rehabilitation or services of palliative care. Long-term care services also include lower-level care related to help with instrumental activities of daily living (IADL), such as help with housework, meals, shopping and transportation‘ (Fujisawa and Colombo 2009).

3 Der Anteil der Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf wird zwar auch durch die Altersstruktur der Bevölkerung beeinflusst. Wesentlich stärker sind jedoch die Unterschiede in der Selbsteinschätzungen der Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Hier spielt vermutlich landestypisches Antwortverhalten eine Rolle.

weise in Dänemark. Im Folgenden werden zunächst einige Merkmale der Pflegesysteme der einbezogenen Länder dargestellt, um anschließend den Kreis der Pflegebedürftigen einzugrenzen, der auf informelle Pflege angewiesen ist.

### 2.2.1 Pflegesysteme determinieren das formelle Pflegeangebot

Die hier untersuchten Staaten decken eine Bandbreite der existierenden Sozial- und Pflegesysteme ab. In **Dänemark** wird dem Wohlfahrtsstaatsprinzip entsprechend Hilfe und Pflege für jeden mit Bedarf gewährt, unabhängig von der Höhe des Einkommens oder Vermögens, dem Alter und davon, ob potenzielle familiäre Pflegekräfte vorhanden sind (Schulz 2013a). In diesem servicebasierten universalistischen System ist die Organisation, die Leistungserbringung und die Finanzierung dieser Sozialleistung Aufgabe des Staates. Insbesondere die persönliche Pflege und die Hilfe bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten werden als kommunale Aufgabe angesehen; Familienangehörige fühlen sich eher zuständig für die soziale Teilhabe der pflegebedürftigen Person (Vilaplana Prieto 2011). Ambulante Pflege hat expliziten Vorrang vor institutioneller Pflege. Zuzahlungen werden nicht verlangt.

In **Deutschland** werden im Rahmen der Pflegeversicherung ambulante und institutionelle Pflegeleistungen sowie Geldleistungen nur für Personen mit zumindest erheblichem Pflegebedarf (mindestens 90 Minuten pro Tag, davon 45 Minuten Basispflege) gewährt. Zwar sind die Leistungen unabhängig vom Alter, Einkommen, Vermögen oder dem Vorhandensein informeller Pflegekräfte, sie decken jedoch nur einen Teil der Gesamtkosten ab. Wie in Dänemark hat die ambulante häusliche Versorgung Priorität (§ 3 SGB XI). Anders als in Dänemark basiert das System jedoch auf der traditionellen Sichtweise, dass bei Hilfe- und Pflegebedarfen zunächst die Familie in der Pflicht ist und staatliche Pflegeleistungen zur Unterstützung gewährt werden. Dies zeigt sich beispielsweise daran, dass Geldleistungen für selbst beschaffte (familiäre) Pflege gezahlt werden, die Leistungen auf Personen mit erheblichem Pflegebedarf beschränkt sind sowie weitere Unterstützungsleistungen für pflegende Familienangehörige gewährt werden.

In **Italien** ist Pflege traditionell Aufgabe der Familie. Zwar gibt es inzwischen staatliche Pflegeleistungen in Form von ambulanten Diensten, Pflege in Pflegeheimen und Geldleistungen. Die Gewährung von Pflegeleistungen ist jedoch einkommensabhängig und hängt von der Ausgestaltung in den autonomen Kommunen und deren finanziellen Möglichkeiten ab. Generell sind die personenbezogenen sozialen Leistungen unterfinanziert (Coda Moscarola 2013). Für Schwerbehinderte (100 Prozent) und Schwerstpflegebedürftige werden Geldleistungen aus einem nationalen Versorgungssystem gewährt.

Noch stärker als in Italien ist das Pflegesystem in **Polen** durch familiäre Hilfe und Pflege geprägt. Staatlich finanzierte Pflegeleistungsangebote sind (nach wie vor) selten und werden nur bei schwerster Pflegebedürftigkeit gewährt (Golinowska et al. 2013). Die ambulanten und stationären Leistungen sind abhängig vom Einkommen der pflegebedürftigen Person und vom Vorhandensein naher Familienangehöriger. Angesichts der prekären finanziellen Situation vieler Kommunen ist das Angebot insbesondere an ambulanten Pflegeleistungen gering.

In der **Slowakei** ist die Bereitstellung öffentlicher institutioneller und ambulanter Pflegeleistungen die Aufgabe der Kommunen im Rahmen des Sozialsystems.

Die Gewährung der Leistungen ist abhängig vom Einkommen und dem verfügbaren familiären Pflegepotenzial. Leistungen werden zudem nur bei einem hohen Grad der Pflegebedürftigkeit gewährt (Radvanský und Lichner 2013). Zudem sind für die ambulante und stationäre Pflege Zuzahlungen erforderlichlich.

### 2.2.2 Bedeutung der informellen Pflege weiterhin groß

Über die Leistungsempfänger staatlicher Pflegesysteme liegen in den meisten Ländern relativ gute Daten der amtlichen Statistik vor. Das Ausmaß der staatlichen Versorgung bei Hilfe- und Pflegebedarf hat wesentlichen Einfluss auf die Zahl der Beschäftigten in den entsprechenden ambulanten und stationären Diensten. Allerdings decken diese Systeme nicht jeden Hilfe- oder Pflegebedarf ab. Personen, die keine öffentlich finanzierte Unterstützung erhalten, werden zum Großteil durch informelle Pflegekräfte versorgt. Dennoch gibt es Personen, die entweder keine oder eine nicht im erforderlichen Umfang gewährte Unterstützung erhalten. Um die Zahl der Personen abzuschätzen, die ausschließlich auf informelle Hilfe oder Pflege angewiesen ist, müssen wir auf Haushaltsbefragungen zurückgreifen. Dazu vergleichen wir die Zahl der Leistungsempfänger staatlicher Leistungen mit der Zahl der Personen mit längerfristigen erheblichen Einschränkungen in ADL/IADL auf Basis des EU-SILC (Tabelle 2–1).<sup>4</sup> Der Anteil der staatlichen Leistungsempfänger ist mit 59% in Dänemark am höchsten, gefolgt von Italien mit 46%, wenn man in Italien die Bezieher von Geldleistungen für Schwerbehinderte einbezieht (16%). In Deutschland liegt er bei 32%, in der Slowakei bei 25% und in Polen bei 12%.<sup>5</sup> Mit Ausnahme von Dänemark erhält damit ein Großteil der Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf keine staatlichen Leistungen und ist ausschließlich auf die Unterstützung durch informelle, zumeist familiäre Pflegekräfte oder privat finanzierte Hilfe und Pflege angewiesen.

Mit Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) kann näher bestimmt werden, welche Personen die informelle Pflege leisten.<sup>6</sup> Einbezogen sind Personen in privaten Haushalten im Alter von mindestens 50 Jahren, die Pflege für Personen innerhalb oder außerhalb des eigenen Haushalts erbringen (Schulz und Geyer 2013). Differenziert wird zusätzlich zwischen der Art (jeder Form von Hilfe und Pflege versus persönliche Pflege) und der Häufigkeit (unregelmäßig versus regelmäßig) der gewährten Hilfe/Pflege. Der Anteil der Personen, die irgendeine Form von Hilfe und Pflege für Personen **außerhalb** des Haushalts erbringen, beträgt in Dänemark 46%, in Deutschland 34%, in Italien 24% und in Polen 19% (Tabelle 2–2). Die Slowakei ist im SHARE-Survey nicht vertreten. Auf

4 Schulz und Geyer (2015) geben einen detaillierten Überblick über die Personen mit Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie die Pflegesettings. Hier wird der Fokus auf die Erfassung von Personen gelegt, die informelle Pflege leisten.

5 In Polen sind aufgrund von Abgrenzungsschwierigkeiten auch Personen enthalten, die wegen einer Schwerbehinderung Leistungen beziehen.

6 SHARE ist eine multidisziplinäre und internationale Panelerhebung, die insbesondere Fragen zur Gesundheit, dem sozio-ökonomischen Status und den sozialen und familiären Netzwerken enthält. Befragt werden ungefähr 110 000 Individuen in 20 europäischen Ländern (+ Israel), die 50 Jahre oder älter sind (<http://www.share-project.org>).

Tabelle 2–2

**Anteil der Personen (50 Jahre und älter), die informelle Pflege für innerhalb oder außerhalb des Haushalts lebende Personen erbringen**

Anteil der Personen (50 Jahre und älter) in %, die ...	Dänemark	Deutschland	Italien	Polen
regelmäßig persönliche Pflege innerhalb des Haushalts erbringen	4,6	6,3	8,9	9,7
(zumeist) täglich persönliche Pflege außerhalb des Haushalts erbringen	1,0	2,7	4,6	2,5
persönliche Pflege außerhalb des Haushalts erbringen (täglich oder seltener)	6,2	6,1	9,5	3,9
eine Form von Hilfe oder persönlicher Pflege außerhalb des Haushalts erbringen (unabhängig von der Häufigkeit)	45,7	34,0	23,6	19,0

Quelle: SHARE Wellen 1 und 2 (Polen nur Welle 2); gepoolte und gewichtete Daten; Berechnungen des DIW Berlin

Pflege-Report 2016

WIdO

den ersten Blick scheint der hohe Anteil unterstützender Personen in Dänemark erstaunlich. Die Unterstützung beschränkt sich im Wesentlichen jedoch auf Gartenarbeit, Reparaturarbeiten oder ähnliche Tätigkeiten sowie auf die soziale Teilhabe (EUROFAMCARE 2006). Betrachtet man allein die zumeist *täglich* außerhalb des Haushalts gewährte *persönliche Pflege*, so reduziert sich der Anteil der pflegenden Personen auf 1 %. In den anderen Ländern ist dieser Anteil mit 4,6 % in Italien am höchsten, gefolgt von Deutschland mit 2,7 %. Der relativ geringe Anteil von 2,5 % in Polen ist darauf zurückzuführen, dass Eltern im Falle von Pflegebedürftigkeit häufiger als in anderen Ländern wieder zu ihren Kindern ziehen bzw. bereits zuvor mit diesen in einem gemeinsamen Haushalt gewohnt haben (Golinowska et al. 2013). Deshalb ist auch der Prozentsatz der Personen, die regelmäßige persönliche Pflege für Personen **innerhalb** des Haushalts erbringen, in Polen mit fast 10 % am höchsten und damit doppelt so hoch wie in Dänemark.

Personen, die regelmäßig persönliche Pflege innerhalb und außerhalb des Haushalts erbringen, unterscheiden sich in ihren Eigenschaften (Tabelle 2–3). Regelmäßig persönliche Pflege außerhalb des Haushalts wird zu rund drei Vierteln von Frauen erbracht, die Pflegepersonen sind zum weit überwiegenden Teil zwischen 50 und 69 Jahre alt und es werden zumeist die Eltern oder andere Familienangehörige gepflegt.<sup>7</sup> Ein Großteil der Pflege innerhalb des Haushalts wird dagegen für den Partner erbracht. Eine Ausnahme ist Polen, da hier pflegebedürftige Eltern häufiger als in anderen Ländern mit den Kindern in einem Haushalt leben (Eurostat 2015b). Partnerpflege wird sowohl von Männern als auch Frauen geleistet, sodass der Frauenanteil hier geringer ist als bei der Pflege außerhalb des Haushalts. Hinzu kommt, dass Paare meistens im fortgeschrittenen Alter sind, wenn die Notwendigkeit der Partnerpflege auftritt, und somit der Anteil der Pflegekräfte im erwerbsfähigen Alter geringer ausfällt.

<sup>7</sup> Der Umfang und die Art der Hilfe und Pflege unterscheiden sich zwischen Erwerbstätigen und Nichterwerbstätigen, wie Analysen für Deutschland zeigen (Geyer und Schulz 2014).

Tabelle 2–3

**Eigenschaften informeller Pflegekräfte**

	Personen (50 und älter), die persönliche Pflege leisten							
	außerhalb des Haushalts (meist täglich)				innerhalb des Haushalts (regelmäßig)			
	Anteile in %							
	50- bis 69-Jährige	Frauen	Pflege der Eltern	Pflege anderer Familienangehöriger*	50- bis 69-Jährige	Frauen	Pflege des Partners	Pflege anderer Personen*
Dänemark	90,0	72,2	29,5	13,8	61,3	56,4	84,5	5,1
Deutschland	83,8	77,5	43,9	16,5	59,6	57,6	62,6	21,3
Italien	83,5	72,0	33,5	25,6	60,3	60,6	49,9	28,2
Polen	80,0	78,2	31,6	38,8	63,2	59,1	47,6	23,6

\* Außer Kinder

Quelle: SHARE Wellen 1 und 2 (Polen nur Welle 2); gepoolte und gewichtete Daten; Berechnungen des DIW Berlin

Pflege-Report 2016

WlD0

## 2.3 Beschäftigte in der Langzeitpflege

Der Europäische Labour Force Survey (EU LFS) bietet international vergleichbare Informationen über die sektorale Beschäftigung.<sup>8</sup> Im Gesundheits- und Sozialwesen werden im Bereich Heime neben Pflegeheimen auch Alten- und Behindertenwohnheime sowie Heime für psychisch und Sucht-Kranke erfasst. Ambulante Pflegedienste sind ein Teilbereich des Sozialwesens (ohne Heime). Angesichts der unterschiedlichen Sozialsysteme variiert der Anteil der Beschäftigten in den relevanten Bereichen an der gesamtwirtschaftlichen Beschäftigung deutlich zwischen den untersuchten Ländern. 2011 lag der Anteil der Beschäftigten in Heimen an der Gesamtbeschäftigung zwischen 4,5% in Dänemark und 0,6% in Polen; im Sozialwesen (ohne Heime) liegt er zwischen 7,4% in Dänemark und 0,8% in Polen.

Detaillierte Angaben für die Unterbereiche Pflegeheime und Sozialarbeit für Ältere liegen uns für Deutschland, Italien, Polen und die Slowakei vor. Insgesamt sind in diesen Ländern rund 600 000 Personen in Pflegeheimen und 650 000 in Alten- und Behindertenheimen tätig (Tabelle 2–4).<sup>9</sup> Hinzu kommen rund 450 000 Erwerbstätige im Bereich der Sozialarbeit für Ältere. Für Dänemark liegen keine Informationen für die entsprechenden Unterbereiche vor, aber bereits die über dem Heimbereich liegende Beschäftigtenzahl im Sozialwesen (ohne Heime) zeigt, dass die am-

<sup>8</sup> Der EU LFS befragt Personen ab 16 Jahren in privaten Haushalte. Die Angaben im EU LFS beruhen somit auf der Selbstausskunft der Erwerbstätigen. Als erwerbstätig werden alle Personen klassifiziert, die zumindest eine Stunde pro Woche in den betreffenden Bereichen arbeiten, unabhängig von der Finanzierung. Es sind also sowohl die staatlich als auch die privat finanzierten Pflegekräfte enthalten. Die branchenspezifische Zuordnung erfolgt für die Hauptbeschäftigung.

<sup>9</sup> Die Zuordnung zu den einzelnen Unterbereichen wie Pflegeheime oder Altenheime erfolgt anhand der Hauptbeschäftigung entsprechend der Selbstausskunft der Erwerbstätigen. Die Werte können sich deshalb von nationalen Angaben auf Basis von Unternehmensauskünften unterscheiden.

Tabelle 2–4

**Beschäftigung in Heimen und Sozialwesen (ohne Heime) 2011**

NACE-Rev2-Klassifikation		Däne- mark	Deuts- land	Italien	Polen	Slo- wakei	Zusam- men	EU27*
<b>Anteil an der Gesamtbeschäftigung in %</b>								
Q	Gesundheits- und Sozialwesen	18,8	12,2	7,4	5,7	6,7	9,7	9,7
87	Heime	4,5	2,8	1,0	0,6	1,1	1,9	1,9
871	Pflegeheime	–	1,2	0,4	0,1	0,3	0,7	0,6
873	Alten- und Behinderten(wohn) heime	–	1,3	0,4	0,2	0,4	0,8	0,7
88	Sozialwesen (ohne Heime)	7,4	2,2	0,9	0,8	1,1	1,7	2,0
881	... für Ältere und Behinderte	–	0,8	0,3	0,3	0,9	0,5	0,7
<b>Anteil der Frauenbeschäftigung in %</b>								
	Gesamtwirtschaft	47,4	46,1	40,7	44,9	44,3	44,4	45,5
Q	Gesundheits- und Sozialwesen	80,9	76,8	68,6	81,8	83,6	76,0	77,9
87	Heime	83,1	76,4	84,6	77,4	88,2	78,3	81,0
871	Pflegeheime	–	70,0	87,7	83,2	95,5	73,3	79,0
873	Alten- und Behinderten(wohn) heime	–	83,2	84,5	79,6	87,7	83,3	85,4
88	Sozialwesen (ohne Heime)	80,1	73,8	85,8	90,8	91,0	78,1	82,8
881	... für Ältere und Behinderte	–	81,9	85,3	90,1	90,7	83,6	83,6
<b>Anteil der Älteren (55+) an der Beschäftigung in %</b>								
	Gesamtwirtschaft	17,8	17,5	14,0	13,5	12,6	15,7	15,5
Q	Gesundheits- und Sozialwesen	19,6	16,5	17,8	15,1	16,2	16,8	17,1
87	Heime	20,2	16,3	9,9	10,9	19,8	15,4	16,4
871	Pflegeheime	–	15,4	10,8	8,7	27,4	14,6	15,7
873	Alten- und Behinderten(wohn) heime	–	17,7	10,7	12,3	16,7	16,5	17,7
88	Sozialwesen (ohne Heime)	16,2	17,6	9,9	14,2	12,9	16,0	16,7
881	... für Ältere und Behinderte	–	15,5	12,1	17,8	14,1	15,1	17,3

\*Nur Beschäftigte in den Ländern mit Angaben auf NACE-Rev2-3-Steller-Ebene

Quelle: Eurostat, EU LFS; Statistics Denmark; Berechnungen des DIW Berlin

bulante Versorgung Vorrang hat und der hohe Anteil an den Gesamtbeschäftigten weist darauf hin, dass die Ausstattung im Pflege- und Betreuungsbereich insgesamt vergleichsweise komfortabel ist. Bei einem Vergleich der Beschäftigtenzahlen zwischen den Ländern ist zu beachten, dass der Anteil der Teilzeitbeschäftigten merklich zwischen den Ländern differiert. So ist Teilzeitarbeit in der Slowakei nicht üblich. Lediglich rund 4% der im Gesundheits- und Sozialwesen Beschäftigten arbeiten in Teilzeit, im EU-Durchschnitt sind es 32%. Auch Polen weist mit 9% einen relativ geringen Anteil Teilzeitbeschäftigter auf, während in Dänemark sowie Deutschland rund 40% und in Italien 20% Teilzeit arbeiten (Schulz 2013b).

### 2.3.1 Hoher Anteil von Frauen und Älteren

Pflege und Sozialarbeit sind nach wie vor typische Beschäftigungsfelder von Frauen. Im EU-Durchschnitt sind rund 81 % der Beschäftigten in Heimen weiblich, im Sozialwesen 83 % (2011). In Pflegeheimen liegt der Frauenanteil mit 79 % nur geringfügig unter dem Branchendurchschnitt, in der Sozialarbeit für Ältere mit 84 % etwas darüber. Auch die fünf einbezogenen Länder weisen generell einen hohen Frauenanteil an den Beschäftigten auf, wobei der Frauenanteil in Pflegeheimen zwischen 70 % in Deutschland und 96 % in der Slowakei und in der Sozialarbeit für Ältere zwischen 82 % in Deutschland und 91 % in der Slowakei liegt.

Im EU-Durchschnitt ist rund jeder Sechste der Beschäftigten in Pflegeheimen und der Sozialarbeit für Ältere mindestens 55 Jahre alt. In den betrachteten Ländern liegen die Anteile älterer Beschäftigter in Pflegeheimen zwischen 9 % in Polen und 27 % in der Slowakei. Im Bereich der Sozialarbeit für Ältere sind zwischen 12 % (Italien) und 18 % (Polen) der Beschäftigten mindestens 55 Jahre alt.

### 2.3.2 Berufsstruktur

Der EU LFS bietet auch Informationen zur Berufsstruktur der Beschäftigten, jedoch lediglich für die Obergruppen Heime und Sozialwesen (ohne Heime).<sup>10</sup> In Heimen und im Sozialwesen bilden die Pflegeberufe und die sozialpflegerischen Berufe die Hauptberufsfelder, aber auch pädagogische Berufe sind insbesondere im Sozialwesen vergleichsweise stark vertreten (Tabelle 2–5). In Dänemark und Italien stellen die pädagogischen Berufe rund ein Drittel der Beschäftigten des Sozialwesens (ohne Heime).

Der Anteil der Pflegeberufe (einschließlich Krankenpflegefachkräfte) in Heimen beträgt zwischen 20 % in Deutschland und 67 % in Dänemark und im Sozialwesen zwischen 25 % in Italien und 95 % in der Slowakei. Die Altenpflegeberufe sind eine Besonderheit in Deutschland und werden unter den sozialpflegerischen Berufen erfasst. Deshalb weist Deutschland hier mit 38 % in Heimen und 35 % im Sozialwesen die höchsten Anteile Beschäftigter auf.

Nationale Statistiken bieten in den betrachteten Ländern unterschiedlich detaillierte Informationen über die Berufsstruktur im Pflegebereich. Für Deutschland liegen die umfangreichsten Informationen vor. Die Pflegestatistik weist die Berufsstruktur getrennt für den stationären und ambulanten Sektor aus. In Dänemark gibt es Informationen über die Berufsstruktur der kommunalen Beschäftigten die in Maßnahmen für Ältere, Behinderte und Personen mit sozialen Problemen tätig sind. Hier umfasst der Tätigkeitsbereich Pflege und Betreuung auch die Altenpflege; da die Beschäftigten jedoch in verschiedenen Bereichen tätig sind, kann der Anteil der Altenpflege nicht eindeutig abgegrenzt werden (Schulz 2013a). Für Italien gibt es Daten zur Berufsstruktur nur für Heime insgesamt (Coda Moscarola 2013). In Polen sind die Angaben gesplittet zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen und die Zuordnung der Beschäftigten zum Pflegebereich ist schwierig (Golinowska et al.

<sup>10</sup> Auch in diesen Obergruppen sind aufgrund geringer Fallzahlen nicht für alle Beschäftigten berufsspezifische Daten verfügbar. Hier sind nur die Berufe ausgewiesen, für die verlässliche Angaben für die fünf einbezogenen Länder vorliegen.

Tabelle 2-5  
**Beschäftigung in Heimen und im Sozialwesen (ohne Heime) nach Berufsgruppen 2011**

Berufsgruppen	Heime				Sozialwesen (ohne Heime)					
	Däne- mark	Deutsch- land	Italien	Polen	Slowakei	Däne- mark	Deutsch- land	Italien	Polen	Slowakei
	Berufsstruktur in %									
Verwaltung, Geschäftsführung <sup>1</sup>	3,9	3,9	2,8	5,7	4,9	3,3	10,1	3,7	20,9	0,0
Mediziner, Medizinische Fachberufe (ohne Krankenpflege) <sup>2</sup>	3,0	1,1	18,8	8,3	1,6	1,5	1,0	10,4	4,5	0,0
Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte <sup>3</sup>	2,2	6,5	0,1	12,6	18,2	0,0	11,2	0,7	1,9	0,0
Pflege- und verwandte Berufe <sup>4</sup>	64,9	13,8	48,8	11,9	32,6	55,4	17,1	24,3	24,9	95,1
Sozialpflegerische Berufe, Sozialwissenschaftler, -arbeiter <sup>5</sup>	1,7	38,1	11,5	22,2	9,2	2,0	35,0	10,3	37,1	1,0
Hauswirtschaftliche Versorgung <sup>6</sup>	7,2	15,8	12,2	18,5	24,3	3,8	7,7	12,2	4,9	1,0
Pädagogische Berufe <sup>7</sup>	15,6	8,5	2,4	17,4	6,5	33,4	9,8	35,8	4,4	1,9
Sonstige Berufe <sup>8</sup>	1,5	10,9	3,3	3,4	2,7	0,6	6,5	2,7	1,4	1,0
<b>Insgesamt (einschließlich keine Antwort) in 1000</b>	<b>113,3</b>	<b>949,4</b>	<b>209,1</b>	<b>76,8</b>	<b>22,8</b>	<b>184,6</b>	<b>781,5</b>	<b>172,3</b>	<b>99,7</b>	<b>22,4</b>
<b>Zur Information: Beschäftigung insgesamt in 1000</b>	<b>122</b>	<b>1109</b>	<b>223</b>	<b>96</b>	<b>26</b>	<b>200</b>	<b>891</b>	<b>202</b>	<b>122</b>	<b>25</b>
<b>Anteil der Beschäftigten mit Berufsaufgaben in %</b>	<b>93</b>	<b>86</b>	<b>94</b>	<b>80</b>	<b>90</b>	<b>92</b>	<b>88</b>	<b>85</b>	<b>81</b>	<b>89</b>

<sup>1</sup> ISCO88-Klassifikationsnummern 120-131, 241, 247, 341-344, 411-422

<sup>2</sup> ISCO88-Nr. 222, 322

<sup>3</sup> ISCO88-Nr. 223, 323

<sup>4</sup> ISCO88-Nr. 513

<sup>5</sup> ISCO88-Nr. 244, 346

<sup>6</sup> ISCO88-Nr. 512, 913

<sup>7</sup> ISCO88-Nr. 232-235, 331-334

<sup>8</sup> ISCO88-Nr. 241, 311, 522, 611, 712-714, 721-743, 826-832, 914, 915, 931, 932

Quelle: EU LFS, aufgrund teilweise geringer Fallzahlen in den Hauptberufsgruppen der Sektoren Q87 und Q88 enthalten.

Pflege-Report 2016

WIGÖ

2013). Für die Slowakei liegen keine Informationen zur Berufsstruktur der Pflegekräfte vor (Radvanský und Lichner 2013). Die Tabelle 2–6 gibt einen Überblick über die Berufsstruktur basierend auf den national verfügbaren Informationen, wobei für Dänemark Vollzeitäquivalente ausgewiesen sind.

Ein Vergleich mit dem EU LFS und zwischen den Ländern ist schwierig. Dennoch geben die nationalen Statistiken Hinweise auf Unterschiede im Versorgungsspektrum. In Dänemark weist der hohe Anteil der Sozial- und Gesundheitsarbeiter auf eine umfassende Versorgung Älterer hin, die über die persönliche Pflege hinausgeht. Auch der Anteil der in der hauswirtschaftlichen Versorgung Beschäftigten ist dreimal so hoch wie in der ambulanten Versorgung in Deutschland. In Polen konzentriert sich die ambulante Versorgung auf die persönliche und medizinische Pflege. In Pflegeheimen sind neben den Pflegeberufen auch die medizinischen Fachberufe, wie etwa Physiotherapeuten, vertreten. Die Erfahrungen in Deutschland zeigen, dass Pflegeheimbewohner im Durchschnitt einen höheren Pflegebedarf auf-

Tabelle 2–6

### Beschäftigte in Pflege- und Sozialarbeit nach Berufsgruppen – Angaben aus nationalen Statistiken 2011

Berufsgruppen	Dänemark <sup>1</sup>	Deutschland <sup>2</sup>	Italien <sup>3</sup>	Polen <sup>4</sup>		
	VZÄ		Personen			
	home help	Pflege- heime	Amb. Dienste	Heime	Pflege- heime	Amb. Dienste
Berufsstruktur in %						
Mediziner, med. Fachberufe (ohne Krankenpflege)	1	2	2	3	23	
Pflegeberufe insgesamt <sup>5</sup>	10	48	68	14	76	100
Sozial- und Gesundheitsarbeiter <sup>6</sup>	78	1	0	44		
Hauswirtschaftliche Versorgung	7	5	2			
Sonstige Berufe <sup>7</sup>	4	25	20	40		
Ohne Berufsausbildung, Auszubildende		18	7			
Beschäftigte insgesamt (in 1 000)	95	661	291	334	56	19
Leistungsempfänger je Beschäftigten <sup>8</sup>	1,9	1,1	2,0	–	2,5	8,0
Leistungsempfänger je Pflege-/Gesundheitsarbeiter <sup>9</sup>	2,1	2,3	2,9	–	3,3	8,0

<sup>1</sup> Kommunale Beschäftigte im Bereich Pflege und Betreuung (ohne Maßnahmen für Kinder)

<sup>2</sup> Beschäftigte in Pflegeheimen und bei ambulanten Pflegediensten

<sup>3</sup> Beschäftigte in Heimen insgesamt

<sup>4</sup> Beschäftigte in Heimen und bei ambulanten Diensten relevant für Pfl egetätigkeiten im Gesundheits- und Sozialwesen

<sup>5</sup> Krankenpfleger und -helfer, Altenpfleger und -helfer, Haus- und Familienpfleger, Schwesternhelfer, Betreuer, Altenpfleger ohne staatlich anerkannten Abschluss

<sup>6</sup> Einschließlich Sozial- und Gesundheitshelfer

<sup>7</sup> Hierzu zählen alle anderweitig nicht genannten Berufsabschlüsse, auch pädagogische Berufe und Verwaltungsberufe

<sup>8</sup> Empfänger der jeweiligen Sachleistung

<sup>9</sup> Pflegeberufe insgesamt sowie Sozial- und Gesundheitsarbeiter

Quelle: Schulz 2013a, b; Coda Moscarola 2013; Golinowska et al. 2013; Berechnungen des DIW Berlin

weisen als Personen, die zu Hause versorgt werden (Schulz 2010). Die Mobilisierung häufiger bettlägeriger Bewohner ist eine der Aufgaben der Beschäftigten in Pflegeheimen in medizinisch-therapeutischen Fachberufen. Hinzu kommen die Beschäftigten in den Bereichen wie Verwaltung, Reinigung, Haustechnischer Dienst, die unter den sonstigen Berufen zusammengefasst sind. In Italien sind hier auch die Beschäftigten in der Hauswirtschaft enthalten. Für Polen gibt es keine Angaben über diese Berufsgruppen.

Mit Hilfe der nationalen Angaben ist es – wenn auch eingeschränkt – möglich, das Versorgungsniveau im Pflegebereich abzuschätzen.<sup>11</sup> Als Indikator werden die Leistungsempfänger je Beschäftigten in Pflegeberufen oder Sozial-/Gesundheitsberufen herangezogen. In Dänemark werden 2,1 Leistungsempfänger pro Beschäftigten in den genannten Berufen versorgt, in Deutschland liegen die entsprechenden Werte bei 2,3 in den Pflegeheimen und bei 2,9 in der ambulanten Versorgung, in Polen bei 3,3 im Heimbereich und 8 bei den ambulanten Diensten. Trotz der eingeschränkten Vergleichbarkeit deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Länder sich nicht nur im Niveau der Anspruchsberechtigten, sondern auch im Niveau der Versorgung unterscheiden.

## 2.4 Künftige demografiebedingte Herausforderungen

### 2.4.1 Die Zahl pflegebedürftiger Menschen, aber auch die Pflegepotenziale Älterer nehmen zu

Angesichts der künftigen demografischen Entwicklung wird mit einer steigenden Zahl alter und sehr alter Menschen gerechnet. Zurückzuführen ist dies einerseits auf die ins hohe Alter vorrückenden sog. Babyboomer, die es in jedem hier betrachteten Land gibt, zum anderen auf die weiterhin steigende Lebenserwartung auch der älteren Personen. So wird in dem hier zugrunde gelegten Szenario mit einer Steigerung der Lebenserwartung der 65-Jährigen um rund drei Jahre (in der Slowakei um vier Jahre) zwischen 2010 bis 2025 gerechnet, wobei die Lebenserwartung der Männer stärker steigt als die der Frauen.<sup>12</sup>

Ob die steigende Lebenserwartung mit einer Verringerung oder Erhöhung der Pflegebedürftigkeit einhergeht, ist nicht eindeutig geklärt. Empirische Studien in europäischen Ländern kommen zu divergierenden Ergebnissen (Schulz und Geyer 2013). Werden konstante Prävalenzraten unterstellt, dann ist mit einer rein demo-

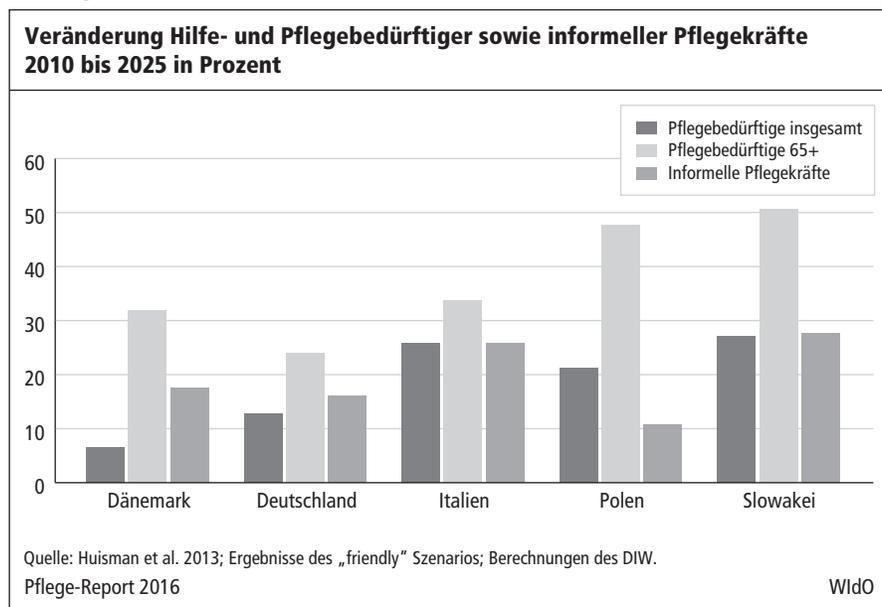
11 Die Einschränkungen beziehen sich zusätzlich zu den bereits genannten Unterschieden in den länderspezifischen Daten vornehmlich auf die Unterschiede in den Arbeitszeiten der Beschäftigten und die erforderlichen Zeiten der Versorgung von Leistungsempfängern im ambulanten Bereich.

12 Die demografischen Szenarien des hier zugrunde liegenden Projekts NEUJOBS sind ausführlich beschrieben in Huisman et al. (2013). Hier wird Bezug genommen auf das sog. „friendly“ Szenario. Im Jahr 2010 wiesen Deutschland und Italien mit rund einem Fünftel die höchsten Anteile Älterer auf, während die Anteile in Dänemark 16%, in Polen 14% und in der Slowakei 12% betragen. Im Jahr 2025 werden die Anteile Älterer rund 25% in Deutschland, 23% in Italien, 20% in Dänemark und Polen und rund 18% in der Slowakei betragen.

grafisch bedingten Erhöhung der Zahl der Personen mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in den hier untersuchten Ländern zwischen 7% in Dänemark und 27% in der Slowakei zu rechnen.<sup>13</sup> Bei den 65-Jährigen und Älteren ist die Zunahme mit Werten zwischen 24% in Deutschland und 51% in der Slowakei weitaus stärker. Dies verdeutlicht die Herausforderungen, vor denen die untersuchten Länder im Bereich der Hilfe und Pflege stehen. Auch wenn die Erhöhung der Lebenserwartung nur halb so hoch ausfällt, wird mit einer Zunahme Hilfe- und Pflegebedürftiger zwischen 3% (Dänemark) und 19% (Slowakei), bei den 65-Jährigen und Älteren zwischen 10% (Deutschland) und 37% (Slowakei) gerechnet.<sup>14</sup>

Nicht nur die Zahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen, auch die Zahl der informellen Pflegekräfte wird zunehmen. Zum einen steigt die Zahl der 50-Jährigen und Älteren in allen betrachteten Ländern an, zum anderen werden aufgrund der veränderten Lebenserwartung Paare in höherem Maße gemeinsam alt. Da informelle Pflege innerhalb des Haushalts zumeist Partnerpflege ist, steigt hier das Pflegepotenzial merklich (Schulz und Geyer 2013).<sup>15</sup> Aber auch die Zahl der Personen, die informelle Pflege außerhalb des Haushalts erbringen, nimmt zu. Insgesamt steigt das informelle Pflegepotenzial zwischen 11% in Polen und 26% in Italien (Abbildung 2–1).

Abbildung 2–1



13 Hierbei wird der altersspezifische Anteil der Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf an der jeweiligen Bevölkerung auf Basis des EU SILC konstant gehalten und auf die Bevölkerung des Jahres 2025 angewendet. Die Ergebnisse weisen den reinen demografiebedingten Effekt aus.

14 Ergebnisse des sogenannten „tough“ Szenarios (Schulz und Geyer 2013).

15 Dabei wurde die nach Lebensformen differenzierte Bevölkerungsvorausberechnung (Huisman et al. 2013) mit konstanten altersspezifischen Quoten der Gewährung von Hilfe und Pflege kombiniert.

## 2.4.2 Bedarf an formeller Pflege kaum zu decken

2

Der Bedarf an Beschäftigten im Bereich der stationären und ambulanten Pflege kann auf Basis der Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger und der Annahme konstanter Beschäftigten-Leistungsempfänger-Relationen abgeschätzt werden (Abbildung 2–2). Bei der Berechnung des rein demografischen Effektes wird davon ausgegangen, dass sich die Leistungen in den jeweiligen Pflegesystemen nicht ändern.<sup>16</sup>

In Dänemark, Deutschland und Italien ist die Zunahme der Pflegeheimbewohner<sup>17</sup> stärker als die der Bezieher ambulanter Pflegeleistungen. Ausschlaggebend hierfür ist die höhere Dynamik bei den sehr alten Personen. Die Zahl der mindestens 80 Jahre alten Personen nimmt um rund 40% (Dänemark) bis knapp 50% (Deutschland, Italien) zu. Insgesamt wird die Zahl der Leistungsempfänger zwischen 32% und 38% steigen. Im gleichen Maße wird sich auch die Nachfrage nach Arbeitskräften im Pflegebereich erhöhen. Legt man die Angaben des EU LFS zugrunde, dann würden in den betrachteten Ländern im Vergleich zu 2010 im Jahr 2025 rund 440 000 zusätzliche Arbeitskräfte erforderlich sein, um die gestiegene Zahl der Leistungsempfänger zu versorgen.

Hinzu kommt, dass in Polen, Italien und der Slowakei die Leistungen der Pflegesysteme weit unter dem Niveau etwa in Deutschland liegen. Pflegesysteme, die vorwiegend auf die familiäre Hilfe und Pflege abstellen, werden mit Blick auf die sich verändernden Haushalts- und Familienstrukturen jedoch an Grenzen stoßen.

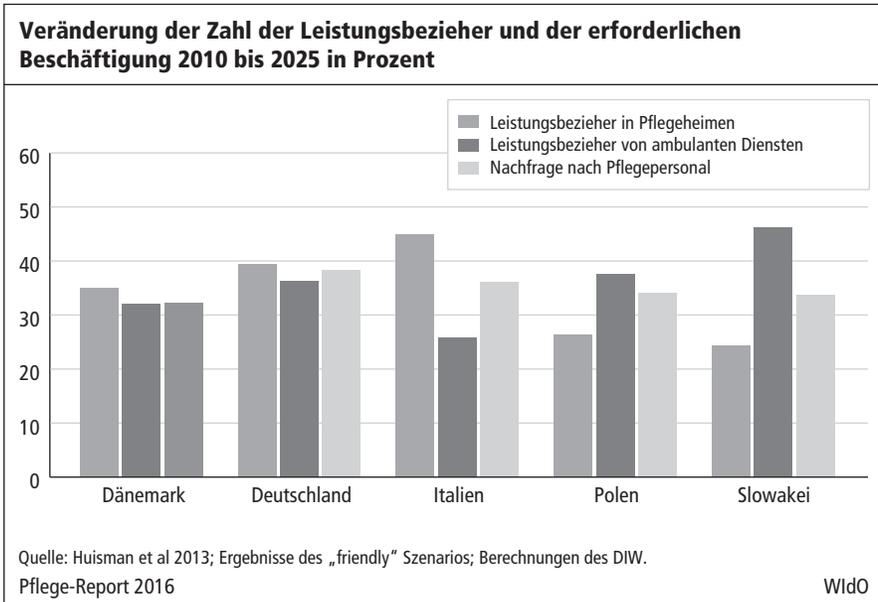
## 2.5 Fazit

Der europäische Arbeitsmarkt für Gesundheits- und Pflegedienstleistungen weist eine hohe Dynamik auf. Die Beschäftigung stieg in der Summe sogar während der jüngsten Krise. Dabei ist eine treibende Kraft dieses Trends die voranschreitende Alterung der Gesellschaft, die in allen europäischen Ländern beobachtet werden kann. Der Beschäftigungsaufbau im Bereich Gesundheits- und Pflegedienstleistungen ist eng verknüpft mit der Ausgestaltung der sozialen Sicherung. In dem Maße, in dem diese Leistungen staatlich garantiert werden, steigt somit auch der Anspruch auf staatliche Unterstützung. Bedarfe, die nicht vom Staat gedeckt werden, nehmen ebenfalls zu und müssen privat bedient werden. In besonderem Ausmaß trifft dies auf die Pflege zu, die zu großen Teilen in den meisten europäischen Ländern durch informelle Pflegekräfte geleistet wird. In unserem Beitrag zeigt sich, dass die damit verbundenen Herausforderungen im europäischen Vergleich unterschiedlich sind. Zum einen fällt die demografische Alterung in den Ländern unterschiedlich stark

16 Basis der Berechnungen bilden die alters- und geschlechtsspezifischen Quoten der Leistungsempfänger in Heimen und in der ambulanten Pflege an der jeweiligen Bevölkerung, die mit der Bevölkerungsvorausberechnung kombiniert werden. Es werden zudem die Quoten von Leistungsempfängern zu Beschäftigten des Ausgangsjahrs konstant gehalten, also keine Arbeitszeitveränderungen unterstellt (Schulz und Geyer 2013).

17 Einschließlich anderer Wohnformen wie betreutes Wohnen oder Wohngruppen.

Abbildung 2–2



aus, zum anderen unterscheiden sich die Gesundheits- und Pflegesysteme erheblich.

Um einen Blick auf die Bandbreite der Gesundheits- und Pflegesysteme in Europa zu werfen, haben wir diese Analyse exemplarisch für Dänemark, Deutschland, Italien, Polen und die Slowakei durchgeführt. In allen betrachteten Ländern spielt die informelle Pflege eine große Rolle. Selbst in Dänemark erhalten rund 40 % aller Personen mit erheblichen Einschränkungen in den gewöhnlich ausgeübten Aktivitäten ausschließlich nicht-staatliche Hilfe. Besonders groß ist diese Gruppe in Polen und der Slowakei, da beide Länder nur über ein noch wenig entwickeltes staatliches Pflegesystem verfügen. Entsprechend niedrig ist insofern beispielsweise der Anteil der Beschäftigten in Heimen an der Gesamtbeschäftigung. Während dieser Anteil in Dänemark 4,5 % beträgt, liegt er in Polen nur bei 0,6 % (EU SILC). In Deutschland liegt er bei 2,8 %. In allen betrachteten Ländern ist der Anteil der Frauen sehr hoch und erreicht um die 80 %.

Bezüglich der Berufsstruktur ist der internationale Vergleich aufgrund unterschiedlicher nationaler Regelungen und Statistiken nur sehr eingeschränkt durchführbar. Die größeren strukturellen Unterschiede zwischen den Pflegesystemen zeigen sich aber auch hier. So ist der hohe Anteil der Sozial- und Gesundheitsarbeiter in Dänemark ein Indikator für die umfassende Versorgung Pflegebedürftiger, die auch über die persönliche Pflege hinausgeht. Der starke Fokus des dänischen Systems auf die ambulante Betreuung spiegelt sich auch im Anteil der in der hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Personen wider. Deren Zahl ist dreimal so hoch wie in Deutschland.

Alle betrachteten Länder stehen vor der Aufgabe, den demografischen Wandel zu gestalten und das Pflegesystem entsprechend anzupassen. Eine Abschätzung

möglicher künftiger Herausforderungen erfolgte auf Basis der demografischen und gesamtwirtschaftlichen Projektionen des NEUJOBS Projekts bis 2025. In diesem Bericht wird auf die Ergebnisse des eher optimistischen „friendly“ Szenarios Bezug genommen. Unter der Annahme, dass die Quoten der Inanspruchnahme und die altersspezifischen Pflegerisikoquoten konstant bleiben, konnten wir den Bedarf an Pflegeleistungen und das Angebot an informellen und formellen Pflegenden abschätzen. Betrachtet man die Ergebnisse gemäß dem von uns berechneten Szenario, so scheint die Situation vor allem in Italien kritisch zu sein. Hier steigt der Bedarf unter den getroffenen Annahmen sehr viel stärker als das Angebot von Pflegeleistungen. Es ist unwahrscheinlich, dass diese Lücken allein durch informelle Pflege geschlossen werden können. Auch in Polen und der Slowakei ist die Entwicklung angesichts des gegenwärtig sehr geringen öffentlichen Leistungsangebots als problematisch einzuschätzen.

Es zeigt sich also schon in dieser Status-quo-Fortschreibung eine tendenzielle Zunahme der Pflegenachfrage, die nicht gedeckt werden kann. Dabei haben wir nicht berücksichtigt, dass beispielsweise die osteuropäischen Länder im Prinzip noch dabei sind, ihr Pflegesystem zu erweitern bzw. überhaupt systematisch auszubauen. Auch Reformen, die den Kreis der Leistungsempfänger deutlich erweitern, wie das jüngst in Deutschland verabschiedete Pflegestärkungsgesetz II, konnten noch nicht in der Analyse berücksichtigt werden.

### **Danksagung**

Dieses Papier verwendet Daten aus SHARE Welle 4, Version 1.1.1 (28.03.2013; DOI: 10,6103/SHARE.w4.111) bzw. aus den Wellen 1 und 2, Version 2.6.0 (29.11.2013 DOI: 10,6103/SHARE.w1.260 und 10,6103/SHARE.w2.260) bzw. SHARELIFE, Version 1.0.0 (24.11.2010 DOI: 10,6103/SHARE.w3.100).

SHARE wurde in erster Linie von der Europäischen Kommission finanziert durch das 5. Rahmenprogramm (Projekt QLK6-CT-2001 bis 00.360, Forschungsprogramm „Lebensqualität“), das 6. Rahmenprogramm (Projekte SHARE-I3, RII-CT- 2006-062193, COMPARE, CIT5- CT-2005-028857 und SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) und das 7. Rahmenprogramm (SHARE-PREP, N° 211909, SHARE-LEAP, N° 227822 und SHARE M4, N° 261.982).

Wir danken für die zusätzlichen Mittel aus dem US National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, R21 AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG BSR06-11 und Ogha 04-064) und durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie aus verschiedenen nationalen Quellen (siehe [www.share-project.org](http://www.share-project.org) für eine vollständige Liste von Förderinstitutionen).

## Literatur

- Coda Moscarola F. Long-term care workforce in Italy. Country report. NEUJOBS Working Paper D12.2, Supplement C. 2013. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu).
- EUROFAMCARE. Services for supporting family carers of older dependent people in Europe: Characteristics, coverage and usage. The trans-European survey report. Hamburg 2006. [www.ukc.de/extern/eurofamcare-de/publikationen.php](http://www.ukc.de/extern/eurofamcare-de/publikationen.php).
- Eurostat. European Union Labour Force Survey – detailed annual survey results. [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfsa\\_egdn2&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfsa_egdn2&lang=en). 2015a.
- Eurostat. European Union Labour Force Survey – distribution of population aged 65 and over by type of household. [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc\\_lvps30&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_lvps30&lang=en). 2015b.
- Fujisawa R, Colombo F. The long-term care workforce: Overview and strategies to adapt supply to a growing demand. OECD Health Working Papers, No. 44, OECD Publishing 2009.
- Geyer J, Schulz E. Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 14/2014. [www.diw.de](http://www.diw.de).
- Golinowska S, Kocot E, Sowa A. Employment in long-term care. Report of Poland. NEUJOBS Working Paper D12.2, Supplement D. 2013. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu).
- Heinze C. Institutionell ausgerichtete Pflegeversorgung – der skandinavische Weg. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Schwinger A (Hrsg). Pflege-Report 2015. Stuttgart: Schattauer 2015, 55–71.
- Huisman C, de Beer J, van der Erf R, van der Gaag N, Kupiszewska D. Demographic scenarios 2010–2030. NEUJOBS working paper D10.1. 2013. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu).
- ISCO 88 (Internationale Standardklassifikation der Berufe), [http://www.bibb.de/dokumente/pdf/a22\\_bibb-baua-erwerbstaetigenbefragung\\_2005-06\\_isco88.pdf](http://www.bibb.de/dokumente/pdf/a22_bibb-baua-erwerbstaetigenbefragung_2005-06_isco88.pdf).
- Radvanský M, Lichner I. Impact of ageing on long-term care demand and supply in Slovakia. Country report. NEUJOBS Working Paper D12.2, Supplement E. 2013. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu).
- Schulz E, Geyer J. Pflegebedarfe und Pflegesettings – ein Vergleich formeller und informeller Pflege in ausgewählten Europäischen Ländern. Vierteljahrshefte des DIW 4/14, 2015.
- Schulz E, Geyer J. Societal change, care need and long-term care workforce in selected European countries, NEUJOBS Working Paper D12.2, 2013. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu).
- Schulz E. Long-term care workforce in Denmark. Country report. NEUJOBS Working Paper D12.2, Supplement A. 2013a. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu).
- Schulz E. Ageing, care need and long-term care workforce in Germany. Country report. NEUJOBS Working Paper D12.2, Supplement B, 2013b. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu).
- Schulz E. Employment in Health and long-term care sector in European countries. NEUJOBS Working Paper D12.1, Supplement A, 2013c. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu).
- Schulz E. The long-term care system for the elderly in Germany. ENEPRI research report No. 78. Brüssel 2010. [www.ancien-longtermcare.eu/node/27](http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27).
- SHARE. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. SHARE is centrally coordinated by Axel Börsch-Supan, Ph.D. at the Munich Center for the Economics of Aging (MEA), Max Planck Institute for Social Law and Social Policy. The SHARE data collection has been funded by the European Commission through the 5th, the 6th and the 7th framework programme. [www.share-project.org](http://www.share-project.org).
- Vilaplana Prieto C. Informal care, labour force participation and unmet needs for formal care in the EU27, Croatia and Turkey. ENEPRI research report No. 97. 2011. [www.ancien-longtermcare.eu](http://www.ancien-longtermcare.eu).

This page intentionally left blank

# 3 Pflege und Pflegebildung im Wandel – der Pflegeberuf zwischen generalistischer Ausbildung und Akademisierung

Karl Kälble und Johanne Pundt

## Abstract

Die Qualifizierungslandschaft der Pflege ist in Bewegung. Neben einer fortschreitenden Akademisierung der Pflege sind in Deutschland auch verstärkte Reformanstrengungen in Richtung einer generalistischen Pflegeausbildung zu beobachten. Mit dem geplanten neuen Pflegeberufegesetz (2015)<sup>1</sup> sollen künftig die Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege in einem Gesetz zusammengeführt werden. Vor diesem Hintergrund zielt der Beitrag auf eine Bestandsaufnahme und Standortbestimmung der Ausbildung in den Pflegeberufen im Kontext aktueller Entwicklungen und Herausforderungen. Es werden sowohl der Status quo der Ausbildungssituation in der beruflichen Pflege unterhalb der akademischen Ebene als auch die aktuell diskutierte generalistische Pflegeausbildung auf der Grundlage des aktuell verfügbaren Wissens erläutert. Zudem werden der Stand der Akademisierung der Pflege und die damit verbundenen Perspektiven erörtert. Im Beitrag und im Fazit wird auch der Frage nachgegangen, was diese Entwicklungen für die Attraktivität des Berufsbildes Pflege bedeuten können.

The qualification landscape for the care-giving profession is changing. In addition to the continuing academisation (i. e. making it a graduate profession) of care-giving in Germany, there are also intensified efforts to create a generalized training program for care giving professions. With the proposed new “health care professions law” (probably to be enacted in 2015), all training programmes in Germany in the areas of health and nursing care for adults, children and the elderly will be merged and determined under one law. Against this background, the article aims at taking stock and assessing the training for care-giving professions in the context of its current developments and challenges. It discusses both the status quo of professional care giver training below the academic level as well as the currently discussed generalised care-giver training on the basis of currently available knowledge. In addition, the current state of the academisation of health and nursing care and the related perspectives will be discussed.

<sup>1</sup> Am 27.11.2015 wurde der Referentenentwurf zum Pflegeberufegesetz vorgestellt. Erste öffentliche Informationen dazu finden sich im Presseinformationspapier ([http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/151127\\_Presseinfopapier\\_Pflegeberufgesetz.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/151127_Presseinfopapier_Pflegeberufgesetz.pdf)).

Finally, in the article's conclusion, the authors consider the question what these developments might mean for the attractiveness of the care-giver profession.

## 3

### 3.1 Einleitung

Durch die neuen qualitativen und quantitativen Pflege- und Versorgungsbedarfe der Gesellschaft (vgl. z. B. Kälble 2015, 94ff.; Reiber et al. 2015, 10f.; Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012, 6f.) haben sich auch die Anforderungen an die pflegerische Versorgung und damit zugleich auch die Anforderungen an die Pflegeberufe und ihre Qualifikationen erheblich gewandelt. Hinzu kommen der sich abzeichnende Fachkräftemangel, der u. a. auf die Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche (BIBB und BAuA 2012) und die mangelnde Attraktivität der Pflegeberufe zurückzuführen ist (vgl. z. B. Ostwald et al. 2010), insbesondere in den ländlichen Regionen (SVR 2014), begrenzte finanzielle Ressourcen im Gesundheitswesen sowie der daraus resultierende (politische) Anspruch an eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung (Kälble 2015, 98f.). Dieser manifestiert sich aktuell in einer zunehmenden „Ökonomisierung des Gesundheitswesens“ (vgl. z. B. Manzei und Schmiede 2014).

Mit diesen veränderten Rahmenbedingungen werden z. B. die Medizin (vgl. z. B. Kälble 2014; Siegrist 2012) und insbesondere auch die Handlungs- und Ausbildungsprofile der Pflege (vgl. z. B. Krampe 2015; Slotala 2011) in immer stärkerem Maße konfrontiert. In der Folge steigern sich die Intensität, das Anspruchsniveau, die Dauer und die koordinierenden Aufgaben im Umfeld der pflegerischen Versorgung (Gerlach 2005, 71). Die Komplexität der Patientenversorgung und der Bedarf an professioneller Betreuung und Pflege nehmen zu und auch die Konkurrenz zwischen den Ausbildungsberufen steigt (BMBF 2015, 107). Mit dem Trend, Versorgungsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern, und der angestrebten Vernetzung medizinischer und sozialer Dienste und Einrichtungen steigen die Anforderungen an die Kooperationsfähigkeit und an die Kommunikations- und Interaktionskompetenz der Pflegenden. Der Patient und seine Angehörigen werden vermehrt als eigenverantwortliche und informierte Nutzer von Gesundheitsdienstleistungen wahrgenommen und die Bedeutung der Bereiche Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation hat zugenommen, sodass sich die Tätigkeitsfelder der bislang primär kurativ ausgerichteten Pflege deutlich erweitert haben. Zudem entwickelte sich die Beratung und Schulung von Patienten und Angehörigen zu einem neuen Aufgabenbereich für alle Pflegeberufe, der entsprechende Kompetenzerweiterungen nach sich ziehen muss (Gerlach 2013, 15f.).

Angesichts dieser Ausgangslage ist die in der Pflege schon lange kontrovers diskutierte Frage, welche Qualifikationen und Ausbildungsangebote zukünftig die bereits bestehenden Angebote ergänzen und weiterentwickeln sollten, aktueller denn je. Mit Blick auf die Gesundheitsfachberufe der Pflege ist zudem zu untersuchen, ob die Weiterentwicklung der für diese Berufe üblichen Ausbildung an Berufs- und Fachschulen perspektivisch ausreicht, um die erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln. Damit rückt die Frage verstärkt ins Zentrum der Aufmerksamkeit, wie die Ausbildungen (hochschulische und berufliche Qualifikation) im Bil-

dungssystem angemessen verortet und verteilt werden (SVR 2008; Frenk et al. 2010; WR 2012; Zängel 2015; Pundt und Kälble 2015).

Vor dem Hintergrund der skizzierten Ausgangslage zielt der Beitrag auf eine Bestandsaufnahme und Standortbestimmung der Ausbildung in den Pflegeberufen im Kontext aktueller Entwicklungen und Herausforderungen. Zunächst werden sowohl der Status quo der Ausbildungssituation in der beruflichen Pflege unterhalb der akademischen Ebene als auch die aktuell diskutierte generalistische Pflegeausbildung auf der Grundlage des aktuell verfügbaren Wissens erläutert (3.2). Danach werden der Stand der Akademisierung der Pflege und die damit verbundenen Perspektiven erörtert (3.3). Im Fazit wird umrissen, was diese Entwicklungen für die Attraktivität des Berufsbildes Pflege bedeuten können (3.4).

### 3.2 Zur Situation und neuen Entwicklungen im Bereich der Pflegeausbildung

Die Pflege hat sich im Laufe des vergangenen Jahrhunderts „von kaum qualifizierten Arbeitspositionen zu Berufen mit dreijähriger Ausbildung auf der Grundlage gesetzlicher Regelungen“ (Kälble 2013, 1128) bzw. „von minder qualifizierten Dienstleistungen, die von Angehörigen christlich geprägter Lebensgemeinschaften erbracht wurden, hin zu einem modernen personenbezogenen Dienstleistungsberuf“ gewandelt (Stöver 2010, 15). In dieser Hinsicht kann – folgt man dem Berufssoziologen Hesse (1972), der zwischen „Berufskonstruktion“ und „Professionalisierung“ differenziert, oder dem Berufssoziologen Hartmann (1972), der die Berufsentwicklung als eine aufsteigende Rangfolge von der Arbeit über den Beruf bis zur Profession mittels der Prozesse „Verberuflichung“ und „Professionalisierung“ konstruiert – von einer „Verberuflichung“ der Pflege gesprochen werden.

In Deutschland ist die berufliche Erstausbildung nach Altersphasen (Kinder, Erwachsene, alte Menschen) bzw. nach Institutionen der Versorgung (Krankenhaus, Altenheim etc.) in drei getrennt durchgeführte Ausbildungen differenziert: zur Gesundheits- und Krankenpflege, zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie zur Altenpflege. Die dreijährige Ausbildung in den Pflegefachberufen ist durch das Krankenpflegegesetz und das Altenpflegegesetz sowie dazu erlassene Ausbildungs- und Prüfungsordnungen geregelt. Die Ausbildungen in der Pflege fallen nicht unter das Berufsbildungsgesetz (BBiG). Entsprechend kann auch nicht von einer dualen Berufsausbildung gesprochen werden, da diesbezüglich allein das Kranken- und das Altenpflegegesetz maßgeblich sind. Für die Gesundheits- und Krankenpflege und für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist das Bundesministerium für Gesundheit, für die Altenpflege das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zuständig. Die Ausbildung in den Pflegeberufen ist in 2 100 Theorie- und 2 500 Praxisstunden aufgeteilt. Das Krankenpflegegesetz schreibt eine gemeinsame Ausbildung in der Kranken- und Kinderkrankenpflege von zwei Jahren vor, der sich eine einjährige Differenzierungsphase in der allgemeinen Pflege oder Kinderkrankenpflege anschließt (500 Stunden). Theorie und Praxis wechseln sich in den drei Ausbildungen ab und sind meist in mehrwöchigen Blöcken zusammengefasst. Der zeitliche Umfang der Ausbildung liegt bei 38 bis 40 Stunden pro

Woche. Den Abschluss der jeweiligen Ausbildung bildet eine staatliche Prüfung. Die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung wird erteilt, wenn Antragstellende die vorgeschriebene Ausbildung durchlaufen und die staatliche Prüfung bestanden haben. Die Ausbildung erfolgt an Berufsfachschulen und an besonderen Schulen, den so genannten „Schulen des Gesundheitswesens“ (Steffen und Löffert 2010). Die Ausbildung von Pflegehelfern (Gesundheits- und Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer etc.) ist auf Länderebene geregelt. In den einzelnen Bundesländern gelten diesbezüglich unterschiedliche Bestimmungen. Die Ausbildungsdauer beträgt i. d. R. ein bis zwei Jahre.

Bemerkenswert ist in Deutschland neben der Dreiteilung der Pflegeausbildung, dass der Zugang mit der mittleren Reife oder dem erfolgreichen Abschluss einer sonstigen mindestens zehnjährigen allgemeinen Schulausbildung (unter bestimmten definierten Bedingungen reicht auch der Hauptschulabschluss oder eine gleichwertige Schulbildung) international vergleichsweise niedrigschwellig ist. Hinzu kommt, dass die jeweiligen Berufsabschlüsse zwar geschützt sind, aber nicht definiert ist, welche Tätigkeiten an die jeweiligen Abschlüsse gekoppelt werden. Es existieren in Deutschland somit keine Tätigkeiten, die der Pflege vorbehalten sind.

Vielfach kritisiert wird die Pflegelehrerausbildung. Die Lehrkräfte in den Schulen im Bereich der drei Pflegeausbildungen sind bis heute nicht durchgängig akademisch qualifiziert. Aus der diesbezüglich kritischen Perspektive von Bonse-Rohmann (2015, 179) sind zehn Jahre nach der letzten Neuordnung des Gesetzes über die Berufe der Krankenpflege und analog zum Altenpflegegesetz „noch immer Lehrkräfte ohne hochschulische Qualifikationen, d. h. als weitergebildete Lehrkräfte bzw. Unterrichtsschwestern und -pfleger in den Schulen des Gesundheitswesens tätig.“ Das Krankenpflegegesetz schreibt bezogen auf die Hochschulqualifikation der Lehrkräfte in den Schulen der Pflegeberufe in § 4 Abs. 3 eine nicht näher definierte Relation von Ausbildungsplätzen und akademisch qualifizierten Lehrkräften vor. Die Anzahl der Ausbildungsplätze hängt vom „Nachweis einer im Verhältnis zur Zahl der Ausbildungsplätze ausreichenden Zahl fachlich und pädagogisch qualifizierter Lehrkräfte mit entsprechender, abgeschlossener Hochschulausbildung für den theoretischen und praktischen Unterricht“ ab (in Hessen z. B. im Verhältnis 1:15). Die Länder sind zuständig für die weitere Ausgestaltung der Qualifikationsanforderungen, die demzufolge sehr unterschiedlich ausfallen. Altenpflegesschulen, die nicht Schulen im Sinne des Schulrechts der Länder sind, können gemäß Altenpflegegesetz als geeignet für Ausbildungen staatlich anerkannt werden, wenn sie ebenfalls bestimmte Mindestanforderungen erfüllen. Die Praxisanleiterinnen und -anleiter müssen gemäß Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung und eine berufspädagogische Zusatzausbildung im Umfang von mindestens 200 Stunden verfügen. In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin bzw. des Altenpflegers ist als Praxisanleitung eine „Altenpflegerin oder ein Altenpfleger oder eine Krankenschwester oder ein Krankenpfleger mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung in der Altenpflege und der Fähigkeit zur Praxisanleitung“ gefordert, die in der Regel durch eine berufspädagogische Fortbildung oder Weiterbildung nachzuweisen ist.

Im Schuljahr 2013/2014 befanden sich der Schulstatistik zufolge insgesamt ca. 64 000 Schülerinnen und Schüler in der Ausbildung zur Gesundheits- und Kranken-

pflege, die Gesamtzahl an Schülerinnen und Schülern in der Altenpflegeausbildung lag bei etwas über 62 000 (BMBF 2015, 69). Im Vergleich der Schuljahre 2005/2006 und 2013/2014 bezogen auf die Zahl der Schülerinnen und Schüler im ersten Schuljahrgang einer Pflegeausbildung sind deutliche Veränderungen festzustellen: Im Bereich der Altenpflegeausbildung ist ein Zuwachs von 73,5% und im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung ein Zuwachs von 19,8% an Schülerinnen und Schülern zu verzeichnen (BIBB 2015, 239). Dies zeigt laut Berufsbildungsbericht 2015, dass eine Ausbildung in den Pflegeberufen – trotz der zunehmenden Zahl von akademischen Ausbildungsmöglichkeiten – weiterhin attraktiv ist (BMBF 2015, 69).

Sowohl die heutigen Berufsgesetze als auch die pflegerische Praxis sowie die Evaluationsergebnisse der Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ (PiB)<sup>2</sup> und die Ergebnisse der im „Transfernetzwerk innovative Pflegeausbildung“ (TiP) zusammengeschlossenen Modellprojekte belegen, dass die Pflegefachkräfte sich in bestimmten Qualifikationsbereichen überschneiden und vielfach vergleichbare Aufgaben wahrnehmen (BMFSFJ 2008; Steffen und Löffert 2010; BMBF 2015, 107f.; Müller 2009). Deshalb hat sich die Bundesregierung (vor dem Hintergrund einer seit Jahren geführten Debatte) vorgenommen, die Ausbildungen in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im Rahmen eines neuen Pflegeberufegesetzes zu einer generalistisch ausgerichteten einheitlichen Pflegeausbildung zusammenzuführen. Gemäß dem Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellvorhabens „Pflegeausbildung in Bewegung“ haben die acht Modellprojekte gezeigt, dass es „hinsichtlich der berufsfachlichen und -pädagogischen Fragen in den Feldern der Curriculumentwicklung, der Kooperationen, der Theorie-Praxis-Verzahnung und der Prüfungsmodalitäten keine Hindernisse für eine Zusammenführung der Pflegeausbildungen gibt“ (BMFSFJ 2008, 206). Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ hat darauf aufbauend unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums im März 2012 erste „Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes“ vorgelegt, welche die Grundlage für den weiteren politischen Entscheidungsprozess im Hinblick auf das von der Bundesregierung geplante neue Pflegeberufegesetz bilden. Die Unterscheidung der Pflegeberufe nach Altersstufen (Kinder, Erwachsene, ältere Menschen) entspreche nicht mehr dem Stand der Pflegewissenschaft. Eine zukunftsgerechte Berufsausbildung müsse Pflegefachkräfte zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen in allen Versorgungsformen befähigen, heißt es zur Begründung (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012). Ein auf dieser Grundlage erstelltes Forschungsgutachten zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufegesetzes wurde mit Stand Oktober 2013 veröffentlicht (WIAD und prognos AG 2013).

Das Gesetzgebungsverfahren für dieses neue Pflegeberufegesetz hat 2015 begonnen. Dem vorläufigen „Arbeitsentwurf“ des Gesetzes zur Zusammenlegung, Neustrukturierung und Akademisierung der drei Pflegeberufe (BMFSFJ und BMG 2015) zufolge ist eine einheitliche Grundausbildung mit wählbarem „Vertiefungs-

2 Von 2004 bis 2008 wurden innovative Formen der Pflegeausbildung mit rund 300 Auszubildenden erprobt.

einsatz“ bei einer Gesamtdauer von drei Jahren vorgesehen. Die Vollzeitausbildung soll künftig mindestens 4 600 Stunden umfassen, wovon mindestens 2 100 Stunden auf den theoretischen und praktischen Unterricht und 2 500 Stunden auf die praktische Ausbildung in Betrieben entfallen. Außerdem soll im Sinne des „reflektierenden Praktikers“ die Einführung einer akademischen Pflegeausbildung geprüft werden, die die berufliche Ausbildung ergänzt. Alle nach dem neuen Pflegeberufgesetz ausgebildeten Pflegenden sollen unter der einheitlichen und gesetzlich geschützten Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“ firmieren (bei akademischen Qualifikationen soll der Abschlussgrad hinzugefügt werden). Für die beruflich Ausgebildeten in der Pflege sind „vorbehaltende Tätigkeiten“ vorgesehen. Die Ausbildung soll u. a. dazu befähigen, folgende Aufgaben selbständig durchzuführen:

- Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege
- Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses
- Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen
- Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege
- Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen
- Erhaltung, Wiederherstellung, Förderung, Aktivierung und Stabilisierung der individuellen Fähigkeiten der zu Pflegenden im Rahmen von Rehabilitationskonzepten
- Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen eines Arztes
- Einleitung, Beratung und Unterstützung von anderen Berufsgruppen und Ehrenamtlichen in den jeweiligen Pflegekontexten sowie Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen

Außerdem sollen die beruflich Qualifizierten befähigt werden, ärztlich angeordnete Maßnahmen eigenständig durchzuführen, insbesondere medizinische Maßnahmen der Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation. Auch die Kompetenz zur interdisziplinären Kooperation mit der Fähigkeit, berufsübergreifende Lösungen bei Krankheitsbefunden und Pflegebedürftigkeit zu finden und teamorientiert umzusetzen, soll gestärkt werden. Voraussetzung für die Aufnahme der neuen Ausbildung ist ein mittlerer Schulabschluss oder eine erfolgreich abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer. Damit würde jedoch die Forderung der EU-Kommission (Richtlinie 2005/36/EG) nicht erfüllt, die eine zwölfjährige Schulausbildung zur Mindestvoraussetzung für Pflegeberufe macht. Bezogen auf Pflegeschulen werden im Arbeitsentwurf „Mindestanforderungen“ an Leitung und Lehrpersonal definiert. Die Pflegeschulen tragen die Gesamtverantwortung für die Koordination des Unterrichts und der praktischen Ausbildung.

In diesem Zusammenhang ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass zur zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung des Pflegeberufs nach § 63 Abs. 3c SGB V dienen, erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermittelt werden können. Denn in § 63 SGB V wurden Möglichkeiten geschaffen, Formen der Neuverteilung von Aufgaben zwi-

schen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen im Rahmen von Modellvorhaben zu erproben. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dazu 2011 eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten verabschiedet, die im Rahmen von Modellvorhaben auf Berufsangehörige der „Alten- und Krankenpflege“ übertragen und durch diese selbstständig ausgeübt werden können. Die Richtlinie ist 2012 in Kraft getreten (siehe Kälble 2013, 1132).

Da die generalistische Ausbildung einen unkomplizierten Berufswechsel zwischen der Alten- und der Gesundheits- und Krankenpflege ermöglichen würde, erhoffen sich die Befürworter, dass der Pflegeberuf aufgrund der flexiblen Einsatzbereiche eine höhere Anziehungskraft und mehr berufliche Entwicklungsmöglichkeiten haben wird und damit die Nachfrage im Berufsfeld intensiver und die Versorgungsqualität verbessert werden. Die Frage, worauf die Hoffnung auf eine Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs beruht, bleibt jedoch bislang aus Sicht der Verfasser ebenso unbeantwortet wie die Frage nach den dezidierten Inhalten der neuen Ausbildung. Um die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen, ist sicherlich unabdingbar, dass sich die betrieblichen Arbeitsbedingungen und die Verdienstmöglichkeiten für diese Berufsgruppe – wie immer wieder angemahnt – verbessern (Evans und Bräutigam 2015). Weitgehend ungeklärt ist zudem, welche Vor- und Nachteile die vereinheitlichte Ausbildung für die Träger und Einrichtungen der pflegerischen Versorgung mit sich bringen wird.

Derzeit spricht sich eine breite Allianz von Verbänden für eine generalistische Pflegeausbildung aus, da sie in einer gemeinsamen Ausbildung die Zukunft des Berufsfelds sehen (z. B. DBfK 2014). Es gibt jedoch auch kritische Stimmen zur Reform (z. B. Sahmel 2014) und Vorbehalte dagegen. So kämpft z. B. das 2013 gegründete „Bündnis für Altenpflege“ (beteiligt sind u. a. der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, der Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt, der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V., der Arbeitskreis Ausbildungsstätten Altenpflege, der Deutsche Berufsverband Altenpflege, die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. sowie der Deutschen Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen), das nach eigenen Angaben über 60 % der Altenpflegeeinrichtungen vertritt, gegen das Modell einer generalistischen Pflegeausbildung bzw. für den Erhalt der Altenpflegeausbildung (Bündnis für Altenpflege 2015). Sie befürchten, dass die Zielgruppe der alternden Menschen bzw. Pflegebedürftigen zu wenig Berücksichtigung findet und sehen deshalb das Berufsbild der Altenpflege mit seinen spezifischen Aufgaben gefährdet. Angesichts dieser Bedenken wird ersichtlich, dass für die Protagonisten einer generalistischen Pflegeausbildung (selbst im Bereich der Pflege) noch viel an Überzeugungsarbeit zu leisten ist.

### 3.3 Neuere Entwicklungen im Bereich der akademisierten Pflege

Parallel zu den Entwicklungen in der Pflegeausbildung hat bereits vor ca. 25 Jahren ein bis heute anhaltender Akademisierungstrend in der Pflege eingesetzt. Ausgelöst wurde dieser Prozess durch die Debatte um den „Pflegenotstand“ Ende der 1980er

Jahre, in der sowohl die Defizite der pflegerischen Strukturen als auch der wachsende Bedarf an Pflegekräften öffentlich sichtbar und politisch wahrgenommen wurden. Befördernd hinzu kamen der verstärkte internationale Erfahrungsaustausch, Emanzipationsprozesse der Frauen und Veränderungen an den Hochschulen (Kälble 2013). Die berufs- und bildungspolitisch lange geforderte und in der Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ (RBS 1992) empfohlene Akademisierung der Pflege (Moses 2015) hat allein bis zur Jahrtausendwende zur Etablierung von rund 50 bis 60 Pflegestudiengängen geführt (Adler und von dem Knesebeck 2012). Mittlerweile gibt es dem Sachverständigenrat zufolge (2014, 535) mehr als 90, allerdings sehr heterogen strukturierte Pflegestudiengänge, die in der Mehrzahl an (Fach-)Hochschulen angesiedelt sind. Patientennahe Handlungsfelder sind erst in den letzten Jahren verstärkt zum Gegenstand dieser Studiengänge geworden, da die anfänglich geschaffenen Pflegestudiengänge primär für Management- und Leitungsfunktionen qualifizieren sollten (Moers et al. 2012, 234).

Darüber hinaus treiben einige Bundesländer seit ein paar Jahren die Entwicklung einer primären akademischen Pflegeausbildung voran. Dies ist auf der Grundlage der derzeit bestehenden Gesetze nur im Rahmen von Modellklauseln möglich. Seit 2003 ermöglicht ein in die novellierten Berufsgesetze der Alten- und Krankenpflege eingefügter Passus den Ländern, zeitlich befristete Ausbildungsformen und -angebote zu erproben, die von der jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung abweichen. Damit können die Länder auch Modellvorhaben außerhalb von Kranken- oder Altenpflegeschoolen durchführen, sofern – so die Vorgabe – das gesetzlich definierte Ausbildungsziel nicht gefährdet wird. Seitdem können und werden Studiengänge dieser Art erprobt, die zugleich mit einem Hochschulgrad und der Berufszulassung abschließen. Damit sind erste Voraussetzungen dafür geschaffen, dass wissenschaftliches Know-how in die Pflegepraxis Einzug halten kann. Nach Auffassung des Sachverständigenrats (2014, 517ff.) wird dadurch auch die Basis für eine Evidenzbasierung gelegt, die es perspektivisch ermöglicht, schrittweise für neue anspruchsvolle Aufgaben zu qualifizieren (z. B. die Übernahme bislang Ärzten vorbehaltenen Tätigkeiten).

Aktuell werden in Deutschland 37 primärqualifizierende Studiengänge angeboten, die grundständig für die Ausübung eines Pflegeberufs qualifizieren (Stoecker und Reinhart 2012). Bis Ende 2015 werden diese Modellvorhaben evaluiert, dann legt das Bundesgesundheitsministerium dem Bundestag die Ergebnisse vor. Die im Frühjahr des Jahres 2015 und damit fünf Jahre nach der Einführung von elf Modellstudiengängen in Pflege- und Gesundheitsberufen (davon fünf Pflegestudiengänge) an sieben Hochschulen in NRW vorgestellten Evaluationsergebnisse, die 2012 bis 2014 im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitforschung evaluiert wurden, deuten auf Basis der bisherigen Erkenntnisse mit Blick auf die Pflege zumindest darauf hin, dass bei Angehörigen der Pflegeberufe, die eine Erstausbildung an einer Hochschule durchlaufen, ein Kompetenzzugewinn durch wissenschaftliche Expertise zu verzeichnen ist, der auch die praktische Pflege bereichern kann. In Anlehnung an internationale Studien wurden bessere Outcomes durch einen höheren Anteil von Pflegenden mit akademischem Abschluss bezogen auf Mortalität, Tod nach erlittener Komplikation, Dekubitus und postoperative Komplikationen verzeichnet. Entsprechend empfehlen die Evaluatoren, die hochschulische Erstausbildung in der Pflege in den Regelbetrieb zu überführen und die entsprechenden Studiengänge

auszubauen (Darmann-Finck et al. 2015). Die elf NRW-Modellstudiengänge wurden vorerst bis Ende 2017 verlängert.

Bislang haben ca. 10 000 bis 15 000 Absolventinnen und Absolventen der Pflege die Hochschulen verlassen (Schaeffer 2011). Hierdurch wurde erreicht, dass ein bis zwei Prozent der Pflegenden akademisch qualifiziert sind (Sachverständigenrat 2014, 534). Allerdings gilt in weiten Teilen der Fachwelt das Ziel einer Akademiquote von 10 bis 20 Prozent als dem Tätigkeitsspektrum der heutigen Pflege angemessen. Inzwischen hat diese Perspektive insbesondere auch die Unterstützung des Wissenschaftsrats erhalten (WR 2012). 2012 begannen rund 1 800 Studienanfänger ein Pflegestudium (Bonin et al. 2012, 15).

Im vorläufigen Entwurf des neuen Pflegeberufegesetzes ist die Einrichtung einer primärqualifizierenden Pflegeausbildung an Hochschulen eingeplant. Diese soll zur unmittelbaren Tätigkeit an zu pflegenden Menschen aller Altersstufen befähigen. Sie soll gegenüber der beruflichen Pflegeausbildung zudem ein erweitertes Ausbildungsziel verfolgen. Das heißt, die hochschulische Ausbildung soll auf wissenschaftlicher Grundlage die fachlichen und personalen Kompetenzen vermitteln, die für die selbständige umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlich sind. Das Studium soll mindestens drei Jahre dauern und theoretische und praktische Lehrveranstaltungen an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen sowie Praxiseinsätze in passenden Einrichtungen umfassen. Dabei soll die Hochschule die Gesamtverantwortung für die Koordination der theoretischen und praktischen Lehrveranstaltungen mit den Praxiseinsätzen tragen. Notwendig sind dabei Kooperationsvereinbarungen mit den entsprechenden Einrichtungen (BMFSFJ und BMG 2015). Die Neuausrichtung der Pflegeausbildung bringt höchstwahrscheinlich Mehrausgaben für die Qualifizierung der Auszubildenden und auch des Lehrpersonals mit sich. Ebenfalls noch weitgehend ungeklärt ist derzeit die Finanzierung der neuen Pflegeausbildung. Laut dem Arbeitsentwurf des Pflegeberufgesetzes soll sie aus einem Ausgleichsfonds finanziert werden, den jedes Bundesland bilden soll: 57 Prozent davon sollen die Krankenhäuser, 32 Prozent die Pflegeeinrichtungen und neun das Land tragen. Weitere zwei Prozent sollen direkt aus der sozialen Pflegeversicherung fließen. Konkretere Angaben liegen derzeit nicht vor.

Aus Sicht der Autoren kann die sich perspektivisch abzeichnende primärqualifizierende Ausbildung an Hochschulen bzw. die regelhafte Möglichkeit des Berufszugangs über primär qualifizierende Studiengänge zur Attraktivität des Pflegeberufes beitragen, da damit zumindest eine Vergleichbarkeit mit anderen akademischen Qualifizierungen hergestellt wird, die „primär“ qualifizieren (z. B. Soziale Arbeit).

### 3.4 Fazit: Welche Chancen bieten die neuen Entwicklungen für die Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs?

3

Der Arbeitsmarkt im Pflegebereich hat sich in den vergangenen Jahren positiv entwickelt. Dies gilt den statistischen Daten zufolge vor allem für die Beschäftigung in der Altenpflege, auch wenn diese Entwicklungen nicht ausreichen werden, um den sich abzeichnenden Fachkräftebedarf in der Pflege zu kompensieren. Um die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen, ist es auch nicht zufriedenstellend, die Ausbildung in den drei Pflegeberufen im Sinne einer generalistischen Ausbildung zu vereinheitlichen und neu zu definieren. Auch müssen Aufgabengebiete für unterschiedliche Qualifikationen in der Pflege definiert und festgeschrieben werden. Politisch wird es notwendig sein, flankierend die Arbeits- und Beschäftigungssituation in der Pflege entscheidend zu verbessern und hierüber letztendlich auch die Attraktivität des Berufsfeldes der Pflege zu steigern, um auch mehr Jugendliche für diesen Beruf zu interessieren. Dazu ist auch eine Vergütung erforderlich, die Pflegeberufe mit Berufen vergleichbarer Qualifikationen wettbewerbsfähig macht. Schließlich müssen auch Aufgabengebiete für unterschiedliche Qualifikationen in der Pflege definiert, festgeschrieben und tatsächlich auch geschaffen werden.

Perspektivisch gesehen zeichnen sich zwei Standbeine der Pflegeausbildung auf zwei unterschiedlichen Ebenen ab: eine generalistische Ausbildung auf der Ebene der beruflichen Erstausbildung und eine parallele Erstausbildung auf der Hochschulebene, bei der die berufliche Erstausbildung angerechnet werden kann. Ziel der im vorläufigen Entwurf eines Pflegeberufegesetzes vorgesehenen hochschulischen Primärqualifizierung ist neben dem entsprechenden akademischen Kompetenzzuwachs der Absolventen auch die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Möglichkeit einer akademischen Primärqualifizierung und die damit verbundenen Karrierechancen bzw. die anschließenden Möglichkeiten einer akademischen „Weiterqualifizierung“ (Masterstudium) im Sinne der Spezialisierung wie „Advanced Nursing Practice“ oder die Herausbildung eines neuen Berufszweigs wie „Nurse Practitioner“ zu einer langfristigen Förderung und Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs führen. Dazu können auch die Träger der Einrichtungen und Dienste beitragen, indem sie überprüfen, wie die Kompetenzen der Hochschulabsolventen gewinnbringend in ihre Organisation eingebracht werden können. Das Universitätsklinikum Münster bietet in diesem Sinne z. B. ab Herbst 2015 erstmals ein einjähriges Traineeprogramm für Bachelor-Absolventen an. Diese neue Karriereoption soll den Weg von der Hochschule ans Patientenbett ebnen und den studierten Pflegenden eine direkte Verknüpfung der Versorgung am und mit dem Patienten und der wissenschaftlichen Expertise in der Praxis ermöglichen (Jeiler et al. 2015).

Bezogen auf die Akademisierung der Pflege kann festgehalten werden, dass es der Pflege in den vergangenen zwanzig Jahren gelungen ist, rund 90 Studiengänge – überwiegend an Fachhochschulen in staatlicher oder freier Trägerschaft – zu etablieren. Auf dem Bachelor-Niveau ist heute eine Verlagerung in Richtung ausbildungsintegrierende Studiengänge (mit einer Verzahnung von beruflich-schulischer Ausbildung und Hochschulstudium) zum einen und primärqualifizierender Studi-

engänge mit unmittelbar patientenorientiertem Ausbildungsziel zum anderen festzustellen. Auf der Masterebene zeichnen sich tendenziell erste pflegerische Spezialisierungen ab. Eine zentrale Frage im Rahmen des Akademisierungsprozesses, die empirisch bislang nicht ausreichend beantwortet werden kann, ist jedoch noch immer, welchen Mehrwert das Studium hat und welches die möglichen späteren Tätigkeitsfelder sind. Für einen weiterführenden Akademisierungsprozess sind in den nächsten Jahren systematische Verbleibstudien und Arbeitsmarktanalysen und darauf beruhende empirische Ergebnisse notwendig, die den Mehrwert der Studiengänge im Vergleich zu den Berufsfachschulausbildungen bzw. zur generalistischen Pflegeausbildung verdeutlichen. Dies gilt insbesondere auch im Hinblick auf die Versorgungsqualität und Outcomes. Von Ausnahmen abgesehen (z. B. Aiken et al. 2014) ist bislang empirisch wenig belegt, ob die erzielten Akademisierungs- und Verwissenschaftlichungsfortschritte in der Pflege zu einer real besseren Versorgung der Patienten beitragen. Grundsätzlich ist für die Weiterentwicklung der Pflege auch der Auf- und Ausbau einer qualitativ ausgewiesenen klinischen Forschung unabdingbar (vgl. dazu Kälble 2013).

## Literatur

- Adler G, von dem Knesebeck JH. Gesundheitsfachberufe. Auf akademischen Wegen. Dtsch Arztebl, 2012; 107 (9): A386–90.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidou M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine european countries: a retrospektive observational study. *The Lancet* 2014; 383: 1824–30.
- Bonin H, Braeseke G, Ganserer A. Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2015. [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28\\_Einwanderung\\_und\\_Vielfalt/Studie\\_IB\\_Internationale\\_Fachkraefterekrutierung\\_in\\_der\\_deutschen\\_Pflegebranche\\_2015.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28_Einwanderung_und_Vielfalt/Studie_IB_Internationale_Fachkraefterekrutierung_in_der_deutschen_Pflegebranche_2015.pdf) (26. Juli 2015).
- Bonse-Rohmann M. Strukturen, Orientierungen und neuere Entwicklungen der Lehrerinnen- und Lehrerbildung in den beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege. Stand und Perspektiven. In: Pundt J, Kälble K (Hrsg). *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte*. Bremen: Apollon University Press 2015; 165–97.
- Bündnis für Altenpflege. Informationen zum geplanten Pflegeberufegesetz. Info 1/2015. 10 Argumente für den Erhalt und die Weiterentwicklung der Altenpflegeausbildung. 2015. [http://www.dbva.de/docs/buendnis//newsletter/buendnis\\_info\\_1-2015.pdf](http://www.dbva.de/docs/buendnis//newsletter/buendnis_info_1-2015.pdf) (26. Juli 2015).
- Bundesinstitut für Berufsbildung. Datenreport zum Berufsbildungsreport 2015. Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung 2015. [http://www.bibb.de/dokumente/pdf/bibb\\_datensreport\\_2015.pdf](http://www.bibb.de/dokumente/pdf/bibb_datensreport_2015.pdf) (26. Juli 2015)
- Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) / Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Factsheet 10: Arbeit in der Pflege – Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche. 2012. [http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsbedingungen/pdf/Factsheet-10.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=5](http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsbedingungen/pdf/Factsheet-10.pdf?__blob=publicationFile&v=5) (19. Juli 2015).
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Berufsbildungsbericht 2015. [http://www.bmbf.de/pub/Berufsbildungsbericht\\_2015.pdf](http://www.bmbf.de/pub/Berufsbildungsbericht_2015.pdf) (26. Juli 2015).

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Pflegeausbildung in Bewegung. Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. 2008. [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/PiB\\_Abschlussbericht.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/PiB_Abschlussbericht.pdf) (26. Juli 2015).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (BMFSFJ)/Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Vorläufiger Arbeitsentwurf BMFSFJ/BMG für das Bund-Länder-Gespräch auf Fachebene am 2./3. Juni 2015 (nicht leitungsabgestimmt / nicht ressortabgestimmt; Stand Mai 2015): Gesetz über den Pflegeberuf 2015. [http://www.dbva.de/docs/Entwurf\\_Gesetz%20%FCber%20den%20Pflegeberuf.pdf](http://www.dbva.de/docs/Entwurf_Gesetz%20%FCber%20den%20Pflegeberuf.pdf) (26. Juli 2015).
- Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“. Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes (01.03.2012). 2012. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/Eckpunkte-pflegeberufegesetz,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (22. Juni 2015).
- Darmann-Finck I, Muths S, Görres S, Adrian C, Bomball J, Reuschenbach B. Abschlussbericht Dezember 2014 – Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. 2015. [http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/20150528\\_NRW-Abschlussbericht-End-26\\_05\\_2015.pdf](http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/20150528_NRW-Abschlussbericht-End-26_05_2015.pdf) (1. August 2015).
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Generalistische Ausbildung in der Pflege. Berlin: DBfK Bundesverband 2014.
- Evans M, Brütigam C. Professionalisierung als reflexive Arbeitsgestaltung zwischen Wunsch und Wirklichkeit. In: Pundt J, Kälble K (Hrsg). Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen: Apollon University Press 2015; 383–404.
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet* 2010; 376 (9756): 1923–58.
- Gerlach A. Professionelle Identität in der Pflege. Akademisch Qualifizierte zwischen Tradition und Innovation. Frankfurt am Main: Mabuse 2013.
- Gerlach A. Akademisierung ohne Professionalisierung? Die Berufswelt der ersten Pflegeakademikerinnen in Deutschland. In: Bollinger H, Gerlach A, Pfadenhauer M. (Hrsg). Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. Frankfurt am Main: Mabuse 2005; 71–102.
- Hartmann H. Arbeit, Beruf, Profession. In: Luckmann T, Sprandel WM (Hrsg). Berufssoziologie. Köln: Kiepenheuer & Witsch 1972; 36–52.
- Hesse HA. Berufe im Wandel. Ein Beitrag zur Soziologie des Berufs, der Berufspolitik und des Berufsrechts (2., überarb. Aufl.). Stuttgart: Enke 1972.
- Jeiler H, Maase A, Oymann W, Rentmeister M. Von der Hochschule ans Patientenbett. *Die Schwester, Der Pfleger* 2015; 54 (8): 16–9.
- Kälble K. Gesundheitsbezüge in der Sozialen Arbeit und Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – interdisziplinäre Konstellationen und Probleme. In: Daiminger C, Hammerschmidt P, Sagebiel J (Hrsg). Soziale Arbeit und Gesundheit. Neu Ulm: AG SPAK Bücher 2015; 93–112.
- Kälble K. Die ärztliche Profession und ärztliches Handeln im Spannungsfeld von Medizin und Ökonomie: Wird der Arzt zum Gesundheitsmanager? *G+G Wissenschaft* 2014; 14: 16–25.
- Kälble K. Der Akademisierungsprozess der Pflege: Eine Zwischenbilanz im Kontext aktueller Entwicklungen und Herausforderungen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2013; 56 (8): 1127–34.
- Krampe EM. Zwischenbilanz und aktuelle Entwicklungen in der Akademisierung der Pflegeberufe. In: Pundt J, Kälble K (Hrsg). Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen: Apollon University Press 2015; 139–63.
- Manzei A, Schmiede R (Hrsg). 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Unter Mitarbeit von Brünnett M. Wiesbaden: Springer VS 2014.
- Moers M, Schöniger U, Böggermann M. Duale Studiengänge – Chancen und Risiken für die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Entwicklung der Pflegewissenschaft. *Pflege & Gesellschaft: Zeitschrift für Pflegewissenschaft* 2012; 17 (3): 232–48.

- Moses S. Die Akademisierung der Pflege in Deutschland. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber 2015.
- Müller K. Trends in der Pflegeausbildung: Ergebnisse deutscher Modellprojekte. *Pflegewissenschaft* 2009; 11, H. 4: 197–200.
- Ostwald DA, Ehrhard T, Brunsch F, Schmidt H, Friedl C (Hrsg: PricewaterhouseCoopers AG). Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Frankfurt: PricewaterhouseCoopers AG 2010. <http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf> (24. Juni 2015).
- Pundt J, Kälble K (Hrsg). Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen: Apollon University Press 2015.
- Reiber K, Winter, M H-J, Mosbacher-Strumpf S. Berufseinstieg in die Pflegepädagogik. Eine empirische Analyse von beruflichem Verbleib und Anforderungen. Lage: Jacobs 2015.
- Robert Bosch Stiftung (RBS) (Hrsg.). Pflege braucht Eliten. Denkschrift der Kommission der Robert Bosch Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Gerlingen: Bleicher 1992.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Gutachten 2014 – Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. 2014. [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten\\_2014\\_Langfassung.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf) (23. Juni 2015).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Band I. – Kooperation und Verantwortung als Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung. Integrierte Versorgung in der GKV: Entwicklung, Stand, Perspektiven. Finanzierung und Planung des Krankenhauswesens. Baden-Baden: Nomos 2008.
- Sahmel KH. Kritische Debatte zur generalistischen Pflegeausbildung. Einspruch gegen den Versuch, eine grundlegende und kritische Debatte über die „Generalistische Pflegeausbildung“ zu unterbinden. *Padua* 2014; 9 (1): 19–26.
- Schaeffer D. Professionalisierung der Pflege – Verheißungen und Realität. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2011; 65 (5–6): 30–7.
- Siegrist J. Die ärztliche Rolle im Wandel. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2012; 55 (9): 1100–5.
- Slotala L. Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2011.
- Steffen P, Löffert S. Ausbildungsmodelle in der Pflege. Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e. V. 2010. [http://www.dkgev.de/media/file/8863.RS008-11\\_Anlage-Endbericht\\_Ausbildungsmodelle\\_in\\_der\\_Pflege.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/8863.RS008-11_Anlage-Endbericht_Ausbildungsmodelle_in_der_Pflege.pdf) (24. Juni 2015).
- Stoecker G, Reinhart M. Grundständig pflegeberufsausbildende Studiengänge in Deutschland (Stand September 2012). 2012. [http://www.bildungsrat-pflege.de/includes/tng/pub/tNG\\_download4.php?id\\_mnu=103&id\\_mod=2&nPath=95&language=1&KT\\_download19=1618a9827d9984630e60e4616e0dd5d8](http://www.bildungsrat-pflege.de/includes/tng/pub/tNG_download4.php?id_mnu=103&id_mod=2&nPath=95&language=1&KT_download19=1618a9827d9984630e60e4616e0dd5d8) (24. Juni 2015).
- Stöver M. Die Neukonstruierung der Pflegeausbildung in Deutschland. Eine vergleichende Studie typischer Reformmodelle zu Gemeinsamkeiten und Differenzen sowie deren Nachhaltigkeit. Lage: Jacobs 2010.
- WIAD (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands)/prognos AG. Forschungsgutachten zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufegesetzes (im Auftrag: Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)). Bonn, Berlin, Düsseldorf, 20. Juni 2013 (Überarbeitete Fassung vom 14. Oktober 2013). [http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/2015\\_forschungsgutachten\\_finanzierung\\_pflegerberufegesetz\\_wiad\\_prognos.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/2015_forschungsgutachten_finanzierung_pflegerberufegesetz_wiad_prognos.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf) (26. Juni 2015).

Wissenschaftsrat (WR). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. 13.07.2012, Drs. 2411–12. Berlin 2012. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (22. Juni 2015).

Zängel P (Hrsg). Die Zukunft der Pflege. 20 Jahre Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege. Wiesbaden: Springer VS 2015.

# 4 Akademisierung der Ausbildung und weitere Strategien gegen Pflegepersonalmangel in europäischen Ländern

Yvonne Lehmann und Johann Behrens

## Abstract

Im Beitrag wird aufgezeigt, dass Pflegepersonalmangel und Maßnahmen zu seiner Milderung ein europäisches und internationales Dauerthema sind. Dabei können keine eindeutigen Aussagen dazu getroffen werden, inwiefern die in vielen Ländern vollzogene Akademisierung der Pflege die Attraktivität des Berufs steigern und damit zur Begegnung des Personalmangels beitragen konnte. Entsprechend anzunehmende Effekte werden v. a. durch vielfach als unattraktiv befundene Arbeitsbedingungen überlagert. Mit Sicherheit aber bewirkt die Akademisierung positive Effekte auf die Professionalisierung des Berufsfeldes und die qualitativ hochwertige Sicherung der Patientenversorgung.

The article indicates that a shortage of nurses and measures to mitigate it is an ongoing European and international issue. There is no clear conclusion about how the academisation of nursing implemented in many countries could make this profession more attractive and remove staff shortage. Appropriate effects are overlaid by difficult working conditions. However, academisation has positive effects on the professionalisation of the occupation and a patient care of high quality.

## 4.1 Einleitung

An die Bestrebungen, die Pflegeaus- und -weiterbildung in Deutschland zu akademisieren, sind eine Reihe von Erwartungen geknüpft. Zentrales Anliegen ist, die Professionalisierung des Pflegeberufes voranzutreiben, um die Versorgungsqualität in der Pflege aufrechtzuerhalten und zu verbessern. Die Anbindung an die Hochschule soll dabei einen zentralen Beitrag zur Evidence-Basierung beruflichen Handelns bzw. zur Implementierung (pflege-)wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Praxis leisten (Benner et al. 2010; Behrens und Langer 2010; WR 2012). Zusätzlich geht es vielen auch darum, das Ansehen und die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern, um mehr Bewerber/innen anzuziehen und so dem Personalmangel entgegenzuwirken (SVR 2007, 2012; DPR und DGP 2014).

Diese beiden Erwartungen an die Akademisierung können relativ unabhängig voneinander betrachtet und wohl auch erfüllt werden. Sie sind jedoch keineswegs

identisch. Die erste Erwartung ergibt sich in Hinblick auf das Wohl der Pflegebedürftigen: Eine Pflege, die nicht externe Evidence finden und reflektierend interne Evidence mit ihren einzigartigen Klienten und Klientinnen aufbauen kann, ist schlicht „gefährliche Pflege“. Wenn Akademisierung der Evidence-Basierung dient, ist Akademisierung selbst dann nötig, wenn durch sie niemand für den Beruf motiviert werden würde. Die erste Erwartung wäre erfüllt, die zweite verletzt. Umgekehrt scheint es auch denkbar, dass eine Akademisierung die Attraktivität des Pflegeberufes steigern kann, ohne gleichzeitig die Forderung nach Evidence als Grundlage besser zu erfüllen als eine traditionelle Ausbildung. Bei dieser Konstellation wäre die erste Erwartung verletzt, die zweite erfüllt.

Im folgenden Beitrag wird – die erste Erwartung berücksichtigend – primär die zweite geprüft, nämlich ob und ggf. wie die Akademisierung der Pflege international das Ansehen und die Attraktivität des Pflegeberufs verändert und dem Pflegepersonal mangel entgegengewirkt hat. Eine solche Prüfung erscheint interessant, da Personal, einschließlich Nachwuchsmangel auch in Ländern mit etablierten akademischen Pflegebildungsstrukturen ein bekanntes Phänomen ist. Personal mangel zieht sich als überdauerndes Problem durch die Pflegegeschichte (Attree et al. 2011). In vielen Ländern nimmt er jedoch aktuell in einem bisher nicht bekannten Ausmaß zu (ebd.; ICN 2005). Der Mangel an Pflegenden muss dabei nicht unbedingt ein grundsätzliches Defizit an qualifizierten Personen bedeuten, sondern kann auch für einen Mangel an Personen stehen, die bereit sind, unter den gegebenen Bedingungen zu arbeiten (European Commission 2012). Aus diesem Grund kommt neben Maßnahmen, die die Pflegeausbildung anziehender machen (sollen), v. a. auch solchen eine zentrale Bedeutung zu, die die Tätigkeit in einem Pflegeberuf attraktiver machen.

Neben grundsätzlichen Aussagen zu Entwicklungen im internationalen Raum finden sich dabei im Folgenden länderspezifische Aussagen für Frankreich, Großbritannien, die Niederlande und Österreich. Diese gründen auf einer Studie zur „Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich“ (GesinE) (Lehmann et al. 2014). Die GesinE-Studie wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und mit fachlicher Begleitung des Bundesinstituts für Berufsbildung unter der Leitung von Prof. Dr. J. Behrens und Prof. Dr. M. Landenberger am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg durchgeführt. Leitendes Ziel der Studie war es, Erkenntnisse über die Ausbildungs-, Tätigkeits-, Qualifikations- und Kompetenzprofile für 16 Gesundheitsfachberufe in Deutschland und der ihnen entsprechenden Berufe in den genannten Ländern, die vom Förderer vorgegeben waren, zu erarbeiten. Die Studie soll einen Beitrag zur fundierten Weiterentwicklung und Neuordnung der Gesundheitsfachberufsprofile und ihrer Qualifizierungswege in Deutschland leisten.

Die aus der GesinE-Studie für diesen Beitrag nutzbaren Informationen wurden aktualisiert und durch eine explorative Recherche in den Datenbanken Pubmed, Cinahl und Cochrane Library sowie per Handsuche in internationalen Zeitschriften ergänzt. Weitere Literatur wurde nach Durchsicht der Verzeichnisse gefundener Quellen zusammengetragen.

## 4.2 Pfl egende – eine heterogene Berufsgruppe

Pfl egende bilden in allen Ländern die größte und zugleich eine – gemessen an den Qualifikationsprofilen – vielschichtige Berufsgruppe des Gesundheitswesens. Diese Vielschichtigkeit wird sich durch den vermehrten Einsatz von Helfer/innen einerseits und weiterqualifizierten Pfl egenden andererseits weiter verstärken. Zentrale Säule der Pfl egeberufsgruppe sind die „Pfl egefachpersonen“ (auch: Pfl egefachkrafte). Sie sind i. d. R. gemeint, wenn von „Pfl egepersonalmangel“ oder „Pfl egefachkraftemangel“ gesprochen wird. Und sie sind es, um deren Ausbildung es beim Diskurs um die Akademisierung der Pfl ege geht. In Deutschland gehören zu ihnen Gesundheits- und Kinder-/Krankenpfl eger/innen sowie Altenpfl eger/innen.

### 4.2.1 Zur Ausbildung von Pfl egefachpersonen in europäischen Ländern

In der Europäischen Union (EU) orientieren sich die Ausbildungen von Pfl egefachpersonen an der Richtlinie 2005/36/EG, die die gegenseitige Anerkennung der Berufsqualifikationen für die „Allgemeine Gesundheits- und Krankenpfl ege“ regelt (EU Parlament und Rat der EU 2005). Die Mindestausbildungsdauer beträgt demnach drei Jahre und umfasst 4 600 Stunden theoretischen Unterricht und praktische Unterweisung. Das theoretische Element darf dabei nicht weniger als ein Drittel und das praktische nicht weniger als die Hälfte betragen. Zudem sind in der Richtlinie in die Ausbildung zu integrierende Themen und Fachgebiete und seit 2013 auch zu erreichende Kompetenzen festgehalten. Den skizzierten Mindestanforderungen steht nicht entgegen, dass EU-Länder darüber hinausgehende Erfordernisse vorschreiben dürfen (ebd.). Damit lassen sich unter anderem nationale Besonderheiten in den Ausbildungen erklären.

2011 wurde ein Modernisierungsentwurf der Richtlinie 2005/36/EG vorgelegt. Er sah u. a. eine Anhebung von zehn auf zwölf allgemeinbildende Schuljahre als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung vor (Europäische Kommission 2011). Diese Regelung wurde zu diesem Zeitpunkt – mit Ausnahme von Deutschland, Luxemburg und Österreich – bereits in allen EU-Staaten umgesetzt (Europäische Kommission – Vertretung in Deutschland 2012). 2013 wurde schließlich ein Kompromiss verabschiedet. Dieser kam v. a. auf Druck der deutschen Bundesregierung zustande. Diese argumentierte, dass bei wachsendem Pfl egepersonalmangel der Zutritt zum Beruf auch mit einem mittleren Schulabschluss offen bleiben muss. Dass der Zugang zur beruflichen Pfl ege auch über neu zu konzipierende Helfer/innenausbildungen und durchlässige Bildungsstrukturen möglich wäre, wurde im Rahmen der Argumentation nicht erwähnt. So gibt es auch in den anderen Ländern einen Zugang unterhalb einer zwölfjährigen Schulbildung – nämlich über den Weg der Weiterqualifikation aus Hilfsberufen heraus. Letztlich wurde festgelegt, dass von der Richtlinie zukünftig weiterhin Ausbildungen auf der Basis von zehn und von zwölf Jahren Allgemeinbildung erfasst werden. Die Länder, in denen bereits eine zwölfjährige oder darüber liegende allgemeine Schulbildung nachzuweisen war, müssen diesen Standard beibehalten. Der deutsche, luxemburgische und österreichische „Sonderweg“, den Zugang zur Ausbildung mit zehn Schuljahren zu eröffnen und hinter dem Standard der anderen EU-Länder zurückzubleiben, kann

Abbildung 4–1

Ausbildungen für Pflegefachpersonen in ausgewählten Ländern				
Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich
<b>Drei Berufe:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheits- und Krankenpflege</li> <li>• Gesundheits- und Kinderkrankenpflege</li> <li>• Altenpflege</li> </ul>	<b>Ein Beruf:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infirmière</li> </ul>	<b>Ein Beruf mit vier Vertiefungsrichtungen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nursing               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erwachsenenkrankenpflege</li> <li>- Kinderkrankenpflege</li> <li>- Psychiatrische Pflege</li> <li>- Lernbehindertentpflege</li> </ul> </li> </ul>	<b>Zwei Berufe mit vier bzw. drei Vertiefungsrichtungen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpleegkunde MBO (mittlerer Berufsabschluss)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- P. im Krankenhaus</li> <li>- P. im Pflegeheim und in der häuslichen Pflege</li> <li>- Psychiatrische Pflege</li> <li>- Behindertentpflege</li> </ul> </li> <li>• Verpleegkundige HBO (höherer Berufsabschluss)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Allgemeine Pflege</li> <li>- Psychiatrische Pflege</li> <li>- Public Health</li> </ul> </li> </ul>	<b>Drei Berufe:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege</li> <li>• Kinder- und Jugendlichenpflege</li> <li>• Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege</li> </ul>
<b>Verortung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulär: Ausbildung im sekundären Bildungssektor</li> <li>• Modellprojekte: Erwerb eines Berufs- und eines Bachelorabschlusses im Hochschulsektor</li> </ul> <p>Eckpunktepapier für ein neues Pflegeberufgesetz sieht zwei reguläre Varianten vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berufsabschluss im sekundären Sektor</li> <li>• berufszulassender Bachelorabschluss im Hochschulsektor</li> </ul>	<b>Verortung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seit Studienjahr 2009/10 ausschließlich berufszulassende Bachelorstudiengänge</li> <li>• Zuvor: Ausbildung im postsekundären Sektor</li> </ul>	<b>Verortung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seit Studienjahr 2012/13 ausschließlich berufszulassende Bachelorstudiengänge</li> <li>• Zuvor: seit den 1990er Jahren parallel bestehende berufszulassende Abschlüsse im Hochschulsektor: Diploma in Higher Education oder Bachelor Degree</li> </ul>	<b>Verortung:</b> <p>Zwei Varianten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekundärer Bildungssektor: Erwerb eines sogenannten mittleren Berufsabschlusses</li> <li>• Tertiärer Sektor: Erwerb eines sogenannten höheren Berufsabschlusses auf Bachelorstufe</li> </ul> <p>Beschluss: zukünftig ausschließlich berufszulassende Bachelorabschlüsse</p>	<b>Verortung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulär: sekundärer Bildungssektor: Erwerb eines sogenannten Diploms</li> <li>• Modellprojekte: Erwerb eines berufszulassenden Bachelorabschlusses im Hochschulsektor</li> </ul> <p>Beschluss: zukünftig ausschließlich berufszulassende Bachelorabschlüsse</p>
Pflege-Report 2016				Wido

beibehalten werden (DBfK 2013). Die EU-Richtlinie 2005/36/EG trifft keine Aussage über eine notwendige Ansiedlung der Ausbildung von Pflegefachpersonen im Hochschulsektor. Gleichwohl ist diese in den EU-Ländern inzwischen weitgehend Realität (Eaton 2012).

### Ausbildungsprofile und Verortung der Ausbildung für Pflegefachpersonen

Die bisherige Aufteilung in drei Ausbildungen in Deutschland, nämlich für Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege, gibt es in anderen Ländern nicht. Eine ähnliche Ausbildungsstruktur findet sich

(noch) in Österreich: Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege sowie Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege (siehe Abbildung 4–1). Allerdings spezialisieren sich auch in vielen anderen Ländern die Auszubildenden bereits früh innerhalb der dort vielfach als generalistisch bezeichneten Ausbildung. So können sich unter dem Etikett der generalistischen Ausbildung hochspezialisierte Vertiefungen verbergen, die allerdings zumindest formal Arbeitsmarktzugänge nicht beschränken.

In Frankreich kennt man nur eine Krankenpflegeausbildung. Ein Abschluss für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist dort durch eine zwölfmonatige Verlängerung der Ausbildung möglich oder durch eine spätere Weiterqualifizierung. Eine Altenpflegeausbildung gibt es in Frankreich, wie auch in den anderen Ländern, nicht. Jedoch bestehen dort weiterqualifizierende Studiengänge mit gerontologisch-geriatrischem Schwerpunkt.

In Großbritannien und in den Niederlanden werden Ausbildungen für Pflegefachpersonen mit einer berufsfeldbreiten Phase und daran anschließenden Vertiefungsrichtungen umgesetzt. Der erfolgreiche Abschluss führt in beiden Ländern zu einer beruflichen Registrierung als „Registered Nurse“ bzw. „Verpleegkundige“. Das Einsatzfeld der Absolvent/innen ist durch die gewählte Vertiefung nicht beschränkt. Die Vertiefung kann den Berufsweg prägen, muss es aber nicht. Mit diesem Vorgehen sind die Abschlüsse aus Großbritannien und den Niederlanden innerhalb der EU automatisch nach der Richtlinie 2005/36/EG als Berufsqualifikationen in der „Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege“ anerkannt. Für die spezialisierten Ausbildungen in der Alten- sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in Deutschland bzw. in der Kinder- und Jugendlichen- sowie Psychiatrischen Pflege in Österreich gilt dies nicht. Damit sind die Absolvent/innen dieser Ausbildungen in ihrer Mobilität in Europa begrenzt.

In Deutschland und Österreich sind die Ausbildungen für Pflegefachpersonen, außer in Modellstudiengängen, bislang im sekundären Bildungssektor angesiedelt. Dagegen bestehen in Frankreich seit 2009/10 und in Großbritannien seit 2012/13 ausschließlich Ausbildungen im tertiären Bereich. In den Niederlanden wiederum gibt es (noch) sowohl eine Ausbildung im sekundären Sektor als auch ein Studium an Hochschulen.

### **Entwicklungen in der Ausbildung für Pflegefachpersonen**

Erste Pflegestudiengänge in Europa, zunächst als Weiterbildungen, lassen sich für Großbritannien und die Niederlande auf die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts datieren. Berufszulassende Studiengänge – wengleich bis in die späten 1990er bzw. 2000er Jahre hinein nicht flächendeckend – gibt es in Großbritannien seit den 1960er und in den skandinavischen Ländern sowie in den Niederlanden seit Anfang der 1970er bzw. 80er Jahre (Laiho 2010). Gemessen daran sind die Entwicklungen in Deutschland, Österreich und Frankreich sehr jung. So wurde zwar in Frankreich bereits seit 1965 ein Hochschulstudium für Führungskräfte angeboten, doch begann die eigentliche Akademisierung erst 2009 mit der Verlagerung der Pflegeausbildung in den Hochschulsektor. Dabei waren und sind einige Fragen nicht endgültig geklärt, wie jene nach dem Verhältnis von Pflege und Medizin und auch, an welchen Fakultäten die Pflege zu verorten ist. Ärztliche Vertreter/innen betonen, dass nur medizinische Fakultäten die Qualität der pflegerischen Ausbildung sicherstellen

könnten. Vertreter/innen der Pflege hingegen fordern Fakultäten für Gesundheitsberufe oder die Verortung der Pflege in geistes- oder sozialwissenschaftlichen Fakultäten (Delmas 2010).

In Großbritannien begannen Überlegungen zu einer Neugestaltung der Pflegeausbildung in den 1980er Jahren. Damit sollten Defizite der traditionellen Ausbildung abgebaut und deren Attraktivität erhöht werden. Die Ausbildung sollte an moderne berufspädagogische Prämissen angelehnt und auf veränderte Bedarfe der Bevölkerung ausgerichtet werden. Bis dahin war sie, nicht zuletzt durch ihre Ansiedlung an Krankenhausschulen des Nationalen Gesundheitsdienstes (National Health Service, NHS), stark auf die Versorgung von akut Kranken fokussiert. Eine Vorbereitung auf andere Kontexte, v. a. in der Gemeinde- und stationären Langzeitpflege, spielte kaum eine Rolle (Burke 2003). Der „Nursing and Midwifery Council“ (NMC) setzte in seiner Funktion als Berufskammer eine Arbeitsgruppe ein, die unter dem Titel „Project 2000“ ein neues Ausbildungskonzept erstellte (Hackmann 1999). Ab 1989 wurde es umgesetzt und die Ausbildung bis 1995 aus dem NHS herausgelöst und vollständig in den Hochschulsektor verlagert (ebd.).

Nachdem erkannt wurde, dass auf die eingeleiteten Reformen nicht die erwünschten Entwicklungen folgten, fanden zunächst kleinere Anpassungen statt und im Jahr 2000 folgte das Reformprogramm „Making a Difference“. Erneut wurde eine umfassende Bestandsaufnahme der Versorgungsbedarfe und der dafür notwendigen Qualifikationsanforderungen gemacht. Auf dieser Basis erarbeitete der NMC neue Standards für die Erstausbildung. Ein zentrales Ziel war, die Studierenden bis zu ihrem Berufseintritt „fit for practice“, d. h. handlungsfähig zu machen (Bradshaw und Merriman 2008). Dazu wurden zum einen die praktische Anleitung und der Theorie-Praxis-Bezug verbessert, zum anderen wurde der in Großbritannien für alle Pflegestudierenden inhaltlich gleiche erste Studienabschnitt von 18 auf zwölf Monate verkürzt. Folglich wurde das Differenzierungsprogramm, mit dem sich die angehenden Pflegenden in einem der vier Zweige „Erwachsene“, „Kinder“, „Lernbehinderte“ oder „Psychisch Kranke“ spezialisieren, von 18 auf 24 Monate verlängert<sup>1</sup>.

Mehrere Studien aus Großbritannien zeigen, dass die Studierenden seit der Verlagerung der Pflegeausbildung in den Hochschulsektor das Studium zwar mit einem hohen Maß an theoretischen Kenntnissen, aber ohne als hinreichend empfundene praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten verlassen (ebd.). Ähnliche Einschätzungen – hier zugleich mit Bezug zu der Frage, ob die Ausbildung hinreichend auf die zukünftigen Anforderungen vorbereitet – finden sich auch in weiteren Beiträgen (z. B. Holland et al. 2010; Taylor et al. 2010). I. d. R. ist nach Abschluss des Studiums eine umfassende Einarbeitung unumgänglich (Bradshaw und Merriman 2008). Hierfür werden vielerorts die ersten zwölf Monate im Beruf als Lernphase deklariert und durch ein Einarbeitungskonzept strukturiert.

<sup>1</sup> Eine genauere Analyse der britischen Entwicklung erscheint für die in Deutschland geplante generalistische Ausbildung relevant: Zwei Jahre der Ausbildung in Großbritannien werden getrennt nach Berufsfeldern durchgeführt. Dabei besteht an der Einheit des Berufs „Nurse“ kein Zweifel und der Abschluss ist – unabhängig von der Vertiefungsrichtung – automatisch innerhalb der EU anerkannt.

In den Niederlanden wurden die Pflegeausbildungen ab Mitte der 1990er Jahre überarbeitet und in ein gestuftes System gebracht (de Jong und Landenberger 2005). Seit 2000 sind die Ausbildungen in fünf Niveaus gegliedert, wobei Niveau 5 der berufsbefähigenden Bachelor-Ebene entspricht (ebd.). Den Ausbildungsniveaus sind sukzessive pflegerische Aufgaben von zunehmender Komplexität zugeordnet. Pflegeausbildung und -studium werden dabei in den Niederlanden als gestuftes Kontinuum gesehen. Die Ausbildungsniveaus sind mit unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen verbunden, bauen aufeinander auf und sind zugleich in sich abgeschlossene Qualifizierungsangebote (ebd)<sup>2</sup>.

Aktuell ist für die Niederlande auf ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsministeriums zu verweisen, in dem unter der Leitung des Pflegeberufsverbandes neue Profile für Pflegeassistent/innen, Pflegefachpersonen und (weitergebildete) Fachpflegende entwickelt wurden (V & VN 2012). Als eine Antwort auf die gestiegenen Herausforderungen in der Versorgung soll es zukünftig nur noch Abschlüsse für Pflegefachpersonen auf Bachelorebene und nicht mehr im sekundären Sektor geben. Zudem wurden Qualifikationsprofile für Fachpflegende mit erweiterten Kompetenzen in der Gemeindepflege und im Case Management konzipiert (ebd.).

Auch in Österreich wurde kürzlich, ähnlich wie in den Niederlanden, ein Gesamtkonzept zur Qualifizierung in den Pflegeberufen entwickelt. Es sieht drei Säulen vor: Pflegeassistent, Pflegefachpersonen und Spezialisierungen (ÖGKV 2011). In Hinblick auf die Ausbildung von Pflegefachpersonen wurde inzwischen beschlossen, die bislang existierenden drei Ausbildungen auf Sekundarebene durch einen generalistischen Abschluss auf Bachelorebene zu ersetzen (APA 2014).

#### 4.2.2 Zu den Weiterqualifizierungen für Pflegefachpersonen

Für Pflegefachpersonen gibt es eine große und wachsende Vielfalt an Weiterqualifizierungsmöglichkeiten. Das stützt die These, dass die Erstausbildungen die Qualifikationsbedarfe nicht umfänglich abdecken können. Stattdessen sind sie für viele eine Art Basisqualifikation für darauf aufbauende Spezialisierungen.

Anders als in Deutschland, wo pflegerische (Fach-)Weiterbildungen in die Regelungskompetenz der Bundesländer fallen, sind in Frankreich, Großbritannien, den Niederlanden und Österreich für zentrale Fachgebiete und Bereiche Mindestan-

2 Zu verweisen ist darauf, dass diese und ähnliche Qualifikationsstufenmodelle Dimensionen verknüpfen, die empirisch nicht unbedingt zusammen auftreten. So sind es oft Helfer/innen der untersten Stufe, die z. B. mitten in der Nacht begründbare Entscheidungen mit ihren jeweils einzigartigen Klient/innen in komplexen Situationen zu treffen haben, wie sie eigentlich für weitergebildete akademische Pflegende mit erweiterten Kompetenzen der oberen Qualifikationsstufen typisch sein sollen. Hierbei kommt es dann auf die Erfahrung der Helfer/innen, ihre Kenntnis wissenschaftlich vertrauenswürdiger Optionen und ihre Fähigkeit, Klient/innen beim Aufbau interner Evidence zu unterstützen an. In günstigen Fällen steht den Helfer/innen eine Pflegende einer höheren Qualifikationsstufe zur Seite. Wenn nicht, müssen sie trotzdem handeln – ggf. mit erhöhten Risiken für die Klient/innen. Mit anderen Worten: Qualifikationsstufenmodelle setzen in ihrer Verknüpfung von Arbeitssituation, Kompetenz und formaler Zertifizierung logisch voraus, dass sich auch die Anforderungen der Arbeit entsprechend auseinanderhalten lassen. Für die Autoherstellung ist das dem Ingenieur Taylor gelungen. Ob es auch für die Pflege gelingt und nicht in „organisierter Unverantwortlichkeit“ (Behrens et al. 2012) endet, muss sich erst noch erweisen.

forderungen an die Bildungsgänge und an die zu erwerbenden Kompetenzen auf zentralstaatlicher Ebene bzw. in verbindlichen Standards von hierfür autorisierten Berufsorganisationen vorgegeben. Je nach Weiterqualifikationsprofil sind dabei für Pflegende in Frankreich, Großbritannien und den Niederlanden erweiterte Handlungskompetenzen – im Sinne einer „Advanced Nursing Practice“ – möglich. Dazu gehört z. B. die Berechtigung, eigenverantwortlich bestimmte diagnostische und therapeutische Leistungen für definierte Patient/innengruppen, z. B. mit Diabetes mellitus, zu erbringen. Möglich ist auch der Erwerb einer Befugnis, Medikamente, Verbandstoffe und Hilfsmittel zu verschreiben sowie an Mediziner/innen oder andere Gesundheitsberufe zu überweisen.

### Entwicklungen bei pflegerischen Weiterqualifizierungen

Weiterqualifizierungen für Pflegende auf Masterebene haben innerhalb Europas in Großbritannien die längste Tradition (Whyte et al. 2000). Auch in den Niederlanden wurden seit den 2000er Jahren mit den „Physician Assistants“ (PAs) und „Advanced Nurse Practitioners“ (ANPs) – zunächst in Modellprojekten evaluierte – neue Weiterbildungsberufsbilder mit erweiterten Kompetenzen sowie entsprechenden ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen eingeführt.

PAs gründen ihr Handeln auf ein medizinisches Denkmodell. Sie sind unter ärztlicher Anweisung und Supervision tätig und z. B. in Hausarztpraxen für sog. „minor ailments“ (kleinere Gebrechen) zuständig (Crommentuyn 2002). ANPs hingegen agieren im Sinne einer erweiterten Pflegepraxis weitgehend eigenständig. Ihr Handeln fußt auf einem pflegerischen Verständnis. Sie übernehmen Aufgaben, die von einer anderen Profession, z. B. der ärztlichen, nicht (mehr) hinreichend wahrgenommen werden können und solche Aufgaben, die durch den gesellschaftlichen, v. a. demografisch-epidemiologischen Wandel, neu entstanden sind (de Jong 2008). ANPs zeichnen sich durch Expertenwissen und Know-how in einem spezifischen Handlungsfeld aus und werden z. B. von Kolleg/innen in komplexen Handlungssituationen konsultiert. Sie verfügen über Entscheidungsfindungskompetenz sowie über Kenntnisse wissenschaftlicher Methoden und Fähigkeiten zur Verbesserung der Pflegepraxis (Schober und Affara 2008).

Die genannten Weiterqualifizierungen wurden ursprünglich konzipiert, um ärztliche Leistungen kostengünstig zu substituieren und einer Unterversorgung durch Ärztemangel entgegenzuwirken (Grobler et al. 2009). Schließlich wurden sie aber auch wegen ihrer besonderen Leistungsqualität verstetigt (Buchan und Calman 2005) und in einem präventiven Verständnis weiterentwickelt (Alpi und Adams 2007). Akademisch weitergebildete Pflegende sind dabei z. B. mit Aufgaben in der Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Beratung und Unterstützung verschiedener Personengruppen mit erschwertem Zugang zu Gesundheitsleistungen betraut (Alpi und Adams 2007). Als Schlagworte ihrer Tätigkeiten sind z. B. Community (Medicine) Nursing, Public Health Nursing oder Family Health Nursing zu nennen (ebd.). Trotz teils widersprüchlicher Evaluationsergebnisse liegen einige robuste Belege für die Wirksamkeit solcher Konzepte vor. Dazu gehören eine bessere Patient/innen-Adhärenz bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus, verkürzte Krankenhausverweildauern und verringerte Wiedereinweisungsraten durch Sicherstellung der häuslichen Versorgung sowie positiv empfundene Lebensqualität ambulant versorgter geriatrischer Patient/innen und ihrer Angehörigen (Al-

len und Fabri 2005; Callaghan 2007; Dierick-van Daele et al. 2009; Grobler et al. 2009).

Der zunehmende Mangel an Ärzt/innen, der Motor für Entwicklungen von weiterführenden Pflegestudiengängen war, birgt aus Sicht der im Rahmen der GesinE-Studie befragten Expert/innen auch Risiken. Diese bestehen darin, dass Pflegenden lediglich zur Kompensation von Personalengpässen, v. a. durch Aufgabenverschiebungen zwischen Medizin und Pflege, herangezogen werden könnten. Einerseits wird dabei die Übertragung ärztlicher Aufgaben begrüßt, da sie Pflegenden neue Entwicklungsoptionen eröffnet. Gleichzeitig wird jedoch hierdurch für die Pflege – verstanden als weiterzuentwickelnde eigenständige Profession – die Chance geschmälert, ihre spezifische eigenständige Expertise herauszubilden, um die demografisch-epidemiologischen Herausforderungen zu bewältigen. Befragte – hier konkret aus den Niederlanden – mahnten deshalb eine Aufgabenausdifferenzierung unter Beibehaltung einer eigenständigen pflegerischen Position in der Gesundheitsversorgung an.

Inzwischen existieren auch in Frankreich akademische Weiterbildungsangebote, die die Handlungskompetenzen erweitern (Cadre de santé 2015). In Deutschland werden PA- und ANP-Rollen gleichfalls von den Pflegeberufsverbänden gefordert (DBfK et al. 2013) und vom Sachverständigenrat Gesundheit empfohlen (SVR 2007, 2009, 2012). Sie haben sich jedoch, ähnlich wie in A, erst in Ansätzen etabliert. Damit werden Möglichkeiten, Versorgungsabläufe und Kosten-Nutzen-Effekte zu optimieren, nicht ausgeschöpft. Zudem bleibt die Option ungenutzt, dazu beizutragen, dass die Attraktivität des Pflegeberufs gesteigert wird, indem neue Weiterqualifizierungsoptionen eröffnet werden, die durch erweiterte Kompetenzen die Karriereoptionen verbessern. In diesen Entwicklungsperspektiven liegt jedoch ein wirksames Mittel, dem Fachpersonalmangel entgegenzuwirken, indem die Pflegenden länger in ihrem Beruf tätig bleiben (Aiken et al. 2002; Numuta et al. 2006).

### 4.2.3 Zu den Qualifizierungen für Pflegehelfer/innen

In allen Vergleichsländern werden Pflegehelfer/innenausbildungen mit einer Dauer von ein bis zwei Jahren angeboten. Während in Deutschland die Ausbildung vom jeweiligen Bundesland abhängt, basieren sie in Frankreich, Grossbritannien, den Niederlanden und Österreich auf landesweit einheitlichen Vorgaben. Hinzu kommt eine Vielzahl unterschiedlichster Qualifikationen von geringerem Umfang.

Auffallend in Frankreich und Großbritannien ist der im Vergleich zu Deutschland und Österreich deutlich höhere Anteil an Helfer/innen am Gesamtpflegepersonal der Krankenhäuser. Für Deutschland gehen Leitungskräfte wegen des Mangels an Pflegefachpersonal von einer wieder wachsenden Bedeutung der Helfer/innen aus.

Anders ist die Situation im ambulanten und v. a. stationären Langzeitpflegebereich. In diesem, oft besonders unter Personalmangel leidenden Bereich, machen in Deutschland Pflegehelfer/innen sowie kurzzeitig angelernte Personen, wie vielerorts sonst in Europa und darüber hinaus, einen erheblichen Anteil des Personals aus (McCann et al. 2010). Dies wird vielfach kritisch gesehen, v. a. für die Betreuung hoch vulnerabler Klient/innen wie Personen mit geistiger Behinderung oder Demenz (ebd.). Gerade bei diesen ist es besonders schwer, aber auch besonders dring-

lich, auf der einen Seite die individuellen Wünsche zu achten und auf der anderen Seite keinen Machtmissbrauch zu betreiben. Ebenso ist es bei dieser Personengruppe schwierig, interne Evidence zu erarbeiten, um externe Evidence zu nutzen (Behrens und Zimmermann 2006).

### Entwicklungen bei den Pflegehelfer/innenausbildungen

In Frankreich zählen die Pflegehelfer/innen zu den am stärksten wachsenden Beschäftigtengruppen. Zwischen 2005 und 2015 betrug die Zuwachsrate 32% bzw. knapp 150 000 neue Arbeitsplätze (Daydé et al. 2010). Der Makel der Geringqualifizierung, der in Deutschland Pflegehelfer/innen oft anhaftet, trifft für Frankreich eher nicht zu. Dazu trägt auch ein eigener Berufsverband bei sowie die gesetzliche Verankerung zentraler Aspekte ihrer Qualifizierung und Berufsausübung und die 2005 novellierte, kompetenzorientierte Ausbildung (ebd.). Pflegehelfer/innen haben in Frankreich ein gesetzlich verbürgtes Recht auf Weiterbildung. Sie können sich auf verschiedene Handlungsfelder spezialisieren und nach dreijähriger Tätigkeit eine Aufnahmeprüfung für ein Pflegestudium ablegen.

In Großbritannien standen bis zur Verlagerung der Pflegeausbildung in den Hochschulsektor Pflegeschüler/innen, die zugleich als Angestellte des NHS auf den Stellenplan angerechnet wurden, als „preiswerte Arbeitskräfte“ zur Verfügung (Gould et al. 2004). Mit der Hochschulausbildung wurden die Praxisphasen der Lernenden reduziert. Zudem sind sie als Praktikant/innen nicht mehr auf den Stellenplan anrechenbar. Damit entstand eine Personallücke. Dieser wurde Mitte der 1990er Jahre durch die Schaffung der Rolle der „Health Care Assistants“ (HCAs) begegnet (ebd.). HCAs sind Pflegehelfer/innen, die über eine ein- bis zweijährige Ausbildung verfügen und unter der Supervision von Pflegefachpersonen arbeiten (Gould et al. 2004). Zuvor waren viele Hilfskräfte nur im Arbeitsprozess für ihre Tätigkeit angelernt worden (Keeney et al. 2005).

Vielfach nehmen etwas ältere Personen eine HCA-Ausbildung auf. Oft sind sie bereits in einer helfenden Rolle tätig, möchten nach einer Familienphase zurück ins Erwerbsleben oder sich beruflich umorientieren. Die HCA-Ausbildung ermöglicht vielen, die die Voraussetzungen für ein Pflegestudium nicht erfüllen, den Eintritt in die berufliche Pflege und ggf. über ein Anerkennungsverfahren später ein Studium aufzunehmen (Gould et al. 2004). Relevant hinsichtlich der Personalsicherung ist dabei auch die Erkenntnis, dass – wie u. a. eine repräsentative Studie zur Verweildauer in der Berufstätigkeit für Deutschland belegen konnte (Behrens et al. 2009) – auch die Ausbildung älterer Ungelernter als Pflegehelfer/in oder Pflegefachperson zu einer Berufsverweildauer führen kann, die der jüngerer Personen keineswegs unterlegen ist (vgl. schon Behrens et al. 1999). Was viele der Späteinsteiger/innen jedoch benötigen, sind flexible Ausbildungs- bzw. Studienmöglichkeiten, z. B. in Teilzeitform, um ihren parallel bestehenden Verpflichtungen wie Familienarbeit und Einkommenssicherung nachkommen zu können (Kevern und Webb 2004).

In den 2000er Jahren wurde die Rolle der HCAs gestärkt. Durch eine verbesserte Ausbildung und strukturierte Personalentwicklung soll die Attraktivität dieses Berufsbildes verbessert werden. Dazu wurde u. a. die Rolle der „Advanced Health Care Assistants“ konzipiert. In dieser Rolle können HCAs mit mehrjähriger Berufserfahrung und nachgewiesenen Fortbildungen erweiterte Tätigkeiten ausüben (ebd.). Ihnen werden Aufgaben übertragen, die bislang Pflegefachpersonen über-

nahmen. Hier geht es v. a. auch darum, den Mangel an Pflegefachpersonen zu mildern, ohne die Patient/innensicherheit zu gefährden (Hancock et al. 2005). Ähnliches ist für die Niederlande und Österreich beschreibbar.

#### 4.2.4 Qualifikationsstufenkonzepte, Kompetenzrahmen und Strategiepapiere

Bei der Analyse der Pflegeausbildungen in den verschiedenen Ländern fällt auf, dass dort – anders als aktuell in Deutschland – der Blick sowohl auf die Modernisierung der Ausbildungen von Pflegefachpersonen gerichtet ist als auch auf jene für Pflegehelfer/innen sowie auf Weiterqualifizierungen. Dabei haben Großbritannien und die Niederlande die Leitkategorie des lebenslangen Lernens am umfänglichsten erreicht. Ähnlich wie in den Niederlanden umgesetzt und in Österreich konzipiert verfügt dabei auch Großbritannien über ein Qualifikationsstufenkonzept. Dieses korrespondiert mit dem Kompetenz- bzw. Karriererahmen des britischen NHS „Careers Framework for Health“ (NHS Careers 2012). Dieser Rahmen wurde Anfang der 2000er Jahre als ein Element einer umfangreichen Strategie zur Zukunftssicherung des Gesundheitssystems entwickelt (ebd.). Er bildet – zunächst für alle Gesundheitsberufe allgemein – Positionen auf unterschiedlichen Qualifikationsstufen in klinischen Tätigkeitsbereichen sowie in Forschung, Lehre und Management ab und weist zu diesen jeweils Aufgaben und zu erwerbende Kompetenzen aus. Zugleich bildet der Rahmen individuelle Entwicklungsmöglichkeiten ab.

Zur Sicherung der pflegerischen Versorgung durch – quantitativ und qualitativ – ausreichend ausgebildete Pflegende wurde in der vom Gesundheitsministerium ausgegangenen Initiative „Modernising Nursing Careers“ der allgemeine Kompetenz- und Karriererahmen für die Pflegeberufe spezifiziert (DH 2009). Mit dem erarbeiteten „Nursing Careers Framework“ besteht eine Grundlage für Diskussions- und Entscheidungsprozesse zur Aus- und Weiterbildung sowie zugleich zur Karrierestaltung in verschiedenen pflegerischen Handlungsfeldern (ebd., NHS Careers 2012).

Für viele Länder kann von wiederkehrenden Imagekampagnen und Aktionsprogrammen berichtet werden. In Großbritannien wurde zuletzt z. B. eine Kommission zur Zukunft der Pflege und des Hebammenwesens einberufen. Sie erarbeitete das Strategiepapier „Front line care“ (Prime Minister’s Commission 2010), in dem u. a. Wege aufgezeigt werden, wie Pflegende und Hebammen – z. B. durch die Wahrnehmung von ANP-Rollen – besser zur Bevölkerungsgesundheit beitragen könn(t)en. Das Papier wurde medienpräsent diskutiert und soll als Argumentationsgrundlage zur Weiterentwicklung von Bildungsprogrammen und Handlungsfeldern sowie zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Pflegenden und Hebammen herangezogen werden.

### 4.3 (Irr-)Wege zur Pflegepersonalsicherung und Attraktivitätssteigerung von Ausbildung und Beruf

#### Akademisierung als Weg der Professionalisierung und qualitativen Versorgungssicherung

Die Ergebnisse der GesinE-Studie bestätigen wie viele Studien, dass eine Weiterentwicklung der derzeitigen Qualifikationswege und Kompetenzprofile der Gesundheitsfachberufe, einschließlich der Pflegeberufe, in Deutschland erforderlich ist. Eine Überarbeitung der Ausbildungen durch das Aufgreifen wissenschaftlich geprüfter Lerninhalte und -arrangements sowie eine Festlegung der zu erzielenden Kompetenzen steht dringend an. Dabei machen die Ergebnisse deutlich, dass eine akademische Ausbildung in einer Reihe von Aspekten Vorteile gegenüber der Ausbildung im sekundären Sektor aufweist. Das betrifft besonders die Kompetenz zur Erschließung und Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis sowie zur Umsetzung reflektierter Entscheidungsprozesse. Internationale Studien belegen zudem, dass eine höhere Dichte an Pflegenden mit einer akademischen Ausbildung mit einer sichereren und effektiveren Versorgung einhergeht (Aiken et al. 2002, 2003, 2014; Numuta et al. 2006; Needleman et al. 2011). Umgekehrt korrelieren eine schlechte(re) Versorgungsqualität, einschließlich höherer Mortalitätsraten, oft mit geringen Qualifikationsniveaus der Pflegenden und Unterbesetzung (Aiken et al. 2002, 2011; Needleman et al. 2011). Belegt ist weiter, dass akademisch gebildete Pflegenden eine höhere Identifikation mit ihren Aufgaben empfinden als traditionell ausgebildete. Sie übernehmen bewusster Handlungsverantwortung und zeigen ein höheres Maß an professionellem Verhalten (Adams und Miller 2001). Ein akademisches Abschlussniveau von Pflegenden geht auch mit einer veränderten Wahrnehmung und Anerkennung der Pflege in der Bevölkerung sowie von Seiten anderer Berufsgruppen, v. a. Ärzt/innen einher, wie Schölkopf (2010) seine Untersuchung zusammenfasste. Mit der in den einzelnen Ländern unterschiedlich weit reichenden Akademisierung entstanden neue Beziehungssysteme zwischen den Leistungserbringern. Kennzeichnend dafür sind neugestaltete Aufgabenzuschnitte und Verantwortungsbereiche sowie eine veränderte interprofessionelle Zusammenarbeit hin zu einer Kooperation „auf Augenhöhe“ (SVR 2009). Diese Veränderungen versprechen günstige Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsversorgung (ebd.; Frenk et al. 2010). Damit scheint die (Teil-)Akademisierung der Pflege als Weg zur Professionalisierung des Berufsfeldes und zu einer qualitativ hochwertigen Sicherung der Versorgung schwerlich in Frage gestellt werden zu können; unabhängig davon, ob die Akademisierung einen quantitativ messbaren Beitrag gegen den Personal-mangel zu leisten vermag. Zu fragen ist jedoch, welches der günstigste Modernisierungsweg ist. Hier lässt sich von Ländern mit Erfahrungsvorsprung lernen. Die Beschreibungen und Einschätzungen aus Frankreich, Großbritannien und den Niederlanden zeigen, dass die eingeleiteten Reformen einen langfristigen, mehrdimensionalen Wandlungsprozess in Gang gesetzt haben, der flankierender Maßnahmen bedarf (z. B. SVR 2007, 2009; WR 2012). Dazu gehören die Schaffung von Stellenprofilen und Unterstützungsstrukturen für die Absolvent/innen der Studiengänge sowie von transparenten intra- und interprofessionellen Teamstrukturen mit klaren Aufgaben- und Verantwortungszuschreibungen.

## Modernisierung der Pflegebildung in Zeiten schlecht befundener Arbeitsbedingungen

Von der Modernisierung der Ausbildungs- bzw. Studienstrukturen und -programme wurde in vielen Ländern eine Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs erwartet (Danzer 2003). Besonders die Akademisierung, so wurde und wird mitunter gemutmaßt, könnte einen Beruf bereits dadurch attraktiver machen und den Fachkräftemangel verringern, dass reizvolle Titel und Zertifikate verliehen werden. Das Fazit zu dieser Vermutung fällt differenzierter aus. Auch in Ländern, in denen die Ausbildung von Pflegefachpersonen vollständig akademisiert ist, besteht Personalmangel. Dieser liegt v. a. in den Arbeitsbedingungen begründet. Durch Arbeitsverdichtung und schwierige Personalsituationen können Pflegende ihren professionellen Ansprüchen vielfach nicht gerecht werden. Daraus folgen Patientengefährdung und eingeschränkte Ergebnisqualität sowie Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen, emotionale Erschöpfung, auf Dauer eingeschränkte Arbeitsfähigkeit und schließlich die Attraktivitätseinbuße des Berufs. Das provoziert eine höhere Berufsaufgabe(bereitschaft)<sup>3</sup> und hält potenzielle Interessent/innen vom Erlernen eines Pflegeberufs ab (Coomber und Barriball 2007). Auch eine äußere Anerkennung durch Titel und Stellung kann nicht hinreichend das Gefühl kompensieren, den eigenen Arbeitsaufgaben aus organisatorischen Gründen nicht gerecht werden zu können. Arbeit muss Sinn und Belohnung in sich selbst tragen. Daher sind zentrale Mittel, um dem Pflegepersonalmangel zu begegnen, die Pflegenden vor Ausbeutung zu schützen, zugleich einen Mindeststandard in der Versorgung zu gewährleisten und Schaden von Patient/innen abzuwenden. Diverse Studienergebnisse – zuletzt aus der „Registered Nurse Forecasting (RN4CAST)“-Studie – zeigen, dass Investitionen in die Qualität der Arbeitsumgebung eine wirksame Strategie sind, um Pflegefachpersonal am Arbeitsplatz zu halten und neue Mitarbeiter/innen zu gewinnen (Zander et al. 2013; Aiken et al. 2014).

Weiterhin spielt die alter(n)s- bzw. lebensphasensensible Personalpolitik inzwischen in vielen europäischen Ländern eine zunehmende Rolle (Ilmarinen 2005). Hierbei geht es darum, Mitarbeiter/innen Erwerbstätigkeit und Laufbahnen zu ermöglichen, die z. B. mit der Betreuung von Kindern, Enkelkindern und zu pflegenden Angehörigen oder mit außerberuflichen Entwicklungsinteressen vereinbar sind. Auch geht es darum, Mitarbeiter/innen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit Beschäftigung zu bieten, um ihrer vorzeitigen Berentung entgegenzuwirken und ihre Arbeitskraft zu nutzen.

Der Grad der Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit hängt wesentlich von der Erwartungshaltung der einzelnen Personen ab. Erwartungen etwa an die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten beruhen wiederum besonders darauf, welche Ausbildung Pflegenden durchlaufen haben. Zander et al. (2013) zeigen an Befragungser-

3 Hier muss zwischen der Absichtsäußerung, den Pflegeberuf verlassen zu wollen und dem tatsächlichen Ausstieg unterschieden werden (Flinkman et al. 2010). Festzuhalten ist, dass es in Deutschland keine fundierten Daten für die sich hartnäckig haltende pessimistische Annahme von nur kurzen Verweildauern im Pflegeberuf gibt (Joost 2009). Eher konnte mehrfach national wie international, z. B. vergleichend mit anderen frauentypischen Berufen wie Friseur/in, Erzieher/in und Verkäufer/in gezeigt werden, dass die Flucht aus dem Pflegeberuf deutlich weniger auffällig ist als vielfach angenommen wird (z. B. Joost 2009; Behrens et al. 2009; Flinkman et al. 2010).

gebnissen von Pflegefachpersonen aus zwölf europäischen Ländern, dass jenen mit einem Bachelorabschluss prinzipiell mehr Entwicklungsmöglichkeiten offenstehen. Dadurch sind ihre Karriereerwartungen höher als z. B. in D, wo keine flächendeckende akademische Ausbildung besteht. Erfüllen sich ihre Erwartungen aber nicht (schnell genug), ist die Enttäuschung umso größer und die Berufsaustrittswahrscheinlichkeit steigt.

Diese Situation wird getriggert durch zunehmend mehr Mitarbeiter/innen der sog. „Generation Y“ – auch „Millennials“ (Jamieson et al. 2015). Gemeint sind Personen, die zwischen etwa 1990 und 2010 zu den Teenagern zählten. Sie stellen höhere Erwartungen an ihre Arbeitsbedingungen als die Generationen davor. Ein weitgehend übereinstimmend beschriebenes Merkmal der Millennials ist ihre Suche nach Sinn in Arbeit und Leben. Sie fordern mehr Freiräume und Selbstverwirklichungsmöglichkeiten. Beruf und Freizeit mit Familie und Freunden soll für sie in einem Gleichgewicht stehen – Aspekte, die im klassischen Bild von Pflege(n)den eher untypisch sind. Diese Einstellungen gilt es jedoch in Belegschaften mit Personen unterschiedlicher Generationen zu berücksichtigen, um Konflikten zu begegnen und zur Personalsicherung beizutragen (ebd.).

### **Einarbeitungskonzepte für Berufseinsteiger/innen**

Die Absicht, den Pflegeberuf verlassen zu wollen, wird besonders häufig von jungen Pflegenden in den ersten Monaten und Jahren nach Eintritt in den Beruf geäußert. Zudem scheint die Zeit bis ca. fünf Jahre nach Berufseintritt eine Phase zu sein, in der Pflegenden tatsächlich ihren Beruf oder zumindest ihre Tätigkeit im Patient/innenkontakt häufiger verlassen als später (Rudman et al. 2010). Begründet wird dies mit der Aufnahme weiterführender Studiengänge und Familiengründung, aber auch mit dem ständigen Erleben von Stress, Überforderung und Frustration bei einem gleichzeitig hohen Anspruch an eine professionelle Berufsausübung. Die dabei entstehenden Konflikte werden v. a. von den in ihrer Kompetenzentwicklung noch am Anfang stehenden Berufsanfänger/innen als besonders belastend erlebt. Einen Lösungsweg sehen sie dann im Berufsaustritt (ebd.; Missen et al. 2014). Diesbezüglich liegen deutliche Hinweise dafür vor, dass Einarbeitungsprogramme und ein förderliches Umfeld den Berufseinstieg unterstützen und die Arbeitszufriedenheit der Einsteiger/innen und ihren Verbleib in der angetretenen Stelle erhöhen (ebd.).

### **Ausbildungskapazitäten sichern und ausbauen**

Für Frankreich gehen Prognosen von einem jährlichen Mehrbedarf an Pflegefachpersonen von 5 bis 10% bis zum Jahr 2030 aus, um eine vergleichbare Versorgung der Bevölkerung sicherstellen zu können wie im Ausgangsjahr der Berechnungen 2011 (DREES 2011). Auf der Basis regionaler Bedarfserhebungen wird die Zahl der Studienplätze entsprechend angepasst. Ähnliches lässt sich z. B. auch für Großbritannien und die Niederlande berichten. In Deutschland hingegen fehlt eine strukturierte Berichterstattung mit einer systematischen Beschreibung der Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrukturen sowie der Angebots- und Nachfrageentwicklung in den Pflege- und anderen Gesundheitsberufen (RBS 2013). Folglich mangelt es an einer soliden Grundlage für Situationsanalysen und begründete Schlussfolgerungen zur (Aus-)Bildungsbedarfsplanung und -steuerung (ebd.). Zugleich wird es bei der

rückläufigen Zahl junger Menschen für die Bildungsinstitutionen zunehmend schwieriger, die vorhandenen Plätze mit ausreichend geeigneten Bewerber/innen zu besetzen.

Im Report der „Willis Commission“ (2012) zur Zukunft der Pflegebildung in Großbritannien wird u. a. auch darauf hingewiesen, dass für ausreichend Nachwuchs an Lehrenden in der Pflege gesorgt werden muss. Der durch den anstehenden Generationenwechsel notwendige Ausbau an Studienkapazitäten sorgt für einen erhöhten Bedarf an Lehrenden. Dabei droht sich die bereits aktuell bestehende Personallücke zu vergrößern. Diese wiederum gefährdet zunehmend die Sicherstellung der Pflegeausbildung. Dieses Problem wird auch länderübergreifend angesprochen (z. B. Benner et al. 2010; Frenk et al. 2010).

### **Neue Berufsprofile als Strategie gegen Pflegepersonalmangel**

Um dem Mangel an Pflegepersonal in einzelnen Bereichen zu begegnen, wurden spezifische Kampagnen gestartet. Dazu gehören z. B. vertiefende Lernangebote für Studierende und Einarbeitungsprogramme, um sie z. B. für den Anästhesie- und OP-Pflegedienst, die psychiatrische Pflege, die ambulante oder die stationäre Langzeitpflege zu gewinnen (Ball et al. 2015; Abrahamsen 2015).

Eine weitere Personalbeschaffungsstrategie stellt die Entwicklung neuer Ausbildungen für Bereiche dar, die bisher vielfach von Pflegenden mit einer Fachweiterbildung besetzt sind. So gibt es seit den 1990er Jahren in Großbritannien in Ergänzung und in den Niederlanden als Ersatz zur pflegerischen Weiterbildung für den Anästhesie- und OP-Dienst die Ausbildungen für „Operating Department Practitioner“ bzw. für „Anesthesiemedewerker“ und „Operatieassistenten“. Diese Ausbildungen sollen ein anderes Bewerber/innenspektrum ansprechen. Das sind hier Personen mit einem eher medizinisch-technischen Interesse, die den bisherigen „Umweg“ über eine Pflegeausbildung mit anschließender Weiterbildung meiden würden, um in diesen Feldern tätig zu werden. Absolvent/innen dieser Ausbildungen haben in den Niederlanden Pflegenden in der Anästhesie und im OP inzwischen nahezu vollständig ersetzt bzw. – je nach Sicht – Personalressourcen für andere Bereiche freigesetzt<sup>4</sup>.

### **(Un-)Veränderliches Bild von Pflege in Gesellschaft und Berufsfeld**

Berufliche Pflege wird ebenso wie Angehörigenpflege – wenn auch mit zwischenzeitlich leichten Verschiebungen zugunsten von mehr pflegenden Männern – nach wie vor und auf allen Kontinenten vorwiegend von Frauen erbracht. Abushaikha et al. (2014) erklären das mit tief verankerten kulturübergreifenden Bildern von Pflege bzw. von pflegenden Frauen und Männern. Bezogen auf den europäischen Raum empfehlen sie, v. a. auch (junge) Männer für das Berufsfeld zu begeistern und ihre Entwicklung in Studium und Beruf zu fördern. Mehrfach wurde in Studien aus verschiedenen Ländern belegt, dass das Berufsfeld nur eine geringe Anziehungskraft ausübt. Die meisten Heranwachsenden sehen in der Pflege kein Berufsziel für sich

<sup>4</sup> In Orientierung an den Ausbildungen in den Niederlanden werden auch in Deutschland inzwischen zunehmend mehr Ausbildungen für Anästhesie- und für Operationstechnische Assistent/innen angeboten, deren Nachteile für die „Bewältigung begrenzter Tätigkeitsdauer“ (zu diesem Begriff siehe Behrens 1999) allerdings deutlich zu vermuten sind (ausführlich dazu Lehmann 2014).

(z. B. Gould und Fontenla 2006 für GB; Lai et al. 2006 für mehrere asiatische Länder). Dante et al. (2014) zeigten in einem systematischen Review zu Effekten des Bologna-Prozesses auf die Ausbildungs- bzw. Studienwahl und die erfolgreiche Beendigung des Pflegestudiums in europäischen Ländern, dass sich junge Menschen vielfach aufgrund von Fehlinformationen über die Pflege für ein anderes Studium entscheiden. Deshalb empfehlen die Autor/innen, Informationen über den Pflegeberuf verstärkt in der Schulzeit anzubieten, um jungen Menschen eine informierte Entscheidung gegen oder eben auch für einen Pflegeberuf zu ermöglichen. Dies ist auch relevant, weil falsche Vorstellungen über einen Beruf die Wahrscheinlichkeit eines Ausbildungsabbruchs und einer geringen Berufsverweildauer deutlich erhöhen (z. B. Miller und Cummings 2009 für Kanada sowie Price und McGillis Hall 2013 in einer Übersichtsarbeit von Studien aus zwölf nordamerikanischen, europäischen und asiatischen Ländern). In einer Untersuchung aus Großbritannien zeigten Neilson und McNally (2013), dass Heranwachsende durch Bezugspersonen – Eltern, Verwandte, Lehrer/innen, Mitschüler/innen – und deren Sichtweisen zur Pflege oft negativ beeinflusst werden. Sie schlussfolgerten, dass das Bild von Pflege in breiten Bevölkerungsschichten positiv beeinflusst werden müsse. Dabei sind – nach Einschätzung von in der GesinE-Studie befragten Expert/innen – die aktuell stattfindenden Aufgabenverschiebungen von Pflegefachpersonen auf Pflegehelfer/innen z. B. in Großbritannien, den Niederlanden und Österreich nicht nur für die Versorgungsqualität fraglich. Sie schaden dem Bild von Pflege in der Bevölkerung. Es besteht Irritation darüber, dass sich um die direkte Patient/innenversorgung immer mehr Helfer/innen kümmern, während die akademischen Pflegenden mit Organisationsaufgaben beschäftigt sind (z. B. auch Fealy und McNamara 2007 für Kanada und Eaton 2012 für GB).

### **Internationale Personalanwerbung**

Zuwanderung bzw. Anwerbung ausländischer Pflegenden zur Personalbeschaffung spielt v. a. in Großbritannien eine zentrale Rolle und dies seit der Gründung des NHS 1948 (Adhikari und Melia 2015). Dabei gab es in den vergangenen Jahren eine Verschiebung zwischen den Berufsmigrant/innen aus EU- und Nicht-EU-Ländern bei gleichbleibend hoher Zuwanderung. Lag der Anteil an Neuregistrierungen von Pflegefachpersonen einschließlich Hebammen aus EU-Ländern 2001/02 bei lediglich 7%, so stieg er bis 2009/10 auf 78% an (Joung 2011). Das hängt mit dem Verbot zusammen, Pflegende aus Entwicklungsländern zu rekrutieren. Die WHO, die UNO und der Internationale Verband der Pflegenden (International Council of Nurses, ICN) waren aktiv geworden, um gegen die ethischen Probleme der Abwerbung von Pflegenden aus Ländern vorzugehen, die um die Sicherung einer basalen Funktionsfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme kämpfen müssen (WHO 2010).

Auch die Niederlande sind ein Zuwanderungsland für Pflege- und anderes Gesundheitspersonal. Hier spielen zudem die Auslandspendler/innen, v. a. auch aus Deutschland, eine wichtige Rolle. Gemeint sind Personen, die zur Arbeit ins Nachbarland fahren, um den als schlechter befundenen Arbeitsbedingungen in Deutschland zu entgehen. So ist Deutschland bislang kein attraktives Einwanderungsland für Pflegefachpersonen.

## 4.4 Fazit: Was lässt sich für Deutschland lernen?

Die Vermutung der Einleitung hat sich bestätigt. Die Erwartungen an die Akademisierung der Pflege – erstens Professionalisierung des Berufsfeldes und zweitens Status- und Attraktivitätssteigerung des Berufs zur Begegnung des Personalmangels – werden nicht unbedingt zusammen realisiert. Zur zweiten Erwartung ist festzuhalten, dass – v. a. vor dem Hintergrund der vielfach als problematisch befundenen Arbeitsbedingungen – keine klare Aussage zum Einfluss der Akademisierung auf den Personalmangel getroffen werden kann. Es konnten keine Studien identifiziert werden, die diesen Einfluss isoliert ausweisen. Zudem zeigte die Prüfung statistischer Daten zur Personalentwicklung für Frankreich, Großbritannien und die Niederlande keine auffälligen Veränderungen bei den Absolvent/innenzahlen berufszulassender Ausbildungsprogramme sowie den Beschäftigten in der Pflege, die auf die stattgefundene Akademisierung zurückgeführt werden könnten. Zur ersten Erwartung hingegen ist festzuhalten, dass die Akademisierung zur Professionalisierung des Berufsfeldes und der qualitativ hochwertigen Sicherung der Versorgung beiträgt.

In Bezug auf Deutschland sind die Erfahrungen anderer Länder bei der Modernisierung der Pflegeausbildung und bei den Maßnahmen zur Personalsicherung und Attraktivitätssteigerung des Berufs zu berücksichtigen. Zusammenfassende Schlagworte dafür sind

- Erweiterung der Ausbildungskapazitäten auf unterschiedlichen Qualifikationsstufen im sekundären und tertiären Sektor auf der Basis systematischer Bedarfserhebungen
- Ansprechen eines breiten potenziellen Bewerber/innenspektrums
- Flexibilisierung der Zugangswege zu Pflegeaus- und -weiterbildungen
- Umsetzung qualitativ hochwertiger und auf die Versorgungsbedarfe ausgerichteter Bildungsprogramme auf der Basis einheitlicher Mindeststandards
- Entwicklung neuer vertikaler und horizontaler Laufbahnmuster und Förderung der Umsetzung von Karrierewegen durch gezielte Personalentwicklung
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen unter Berücksichtigung gender-, alter(n)s- und lebensphasengerechter Angebote

Um dem bedrohlicher werdenden Pflegepersonalmangel erfolgreich begegnen zu können, wird es darauf ankommen, sich nicht in Einzelmaßnahmen zu verlieren, sondern die grundlegenden Strukturprobleme der Pflegebildung und -berufsausübung systematisch anzugehen (Hämel und Schaffer 2013).

## Literatur

- Abrahamsen B. Nurses' choice of clinical field in early career. *JAN* 2015; 71 (2): 304–14.
- Abushaikha L, Mahadeen A, Abdelkader R, Nabolski M. Academic challenges and positive aspects: perceptions of male nursing students. *Int Nurs Rev* 2014; 61: 263–9.
- Adams D, Miller BK. Professionalism in nursing behaviors of nurse practitioners. *J Prof Nurs* 2001; 17: 203–10.

- Adhikari R, Melia KM. The (mis)management of migrant nurses in the UK: a sociological study. *J Nurs Manag* 2015; 23: 359–67.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288: 1987–93.
- Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA* 2003; 290: 1617–23.
- Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, Pgochosyan L, Cho E, You L, Finlayson M, Kanai-Pak M, Aung-suroch Y. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *Int J Quality in Health Care* 2011; 23: 357–64.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidou M, Kinnunen J, Kóčka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W. Nurse staffing and educational and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet* 2014; 383: 1824–30.
- Allen J, Fabri AM. An evaluation of a community aged care nurse practitioner service. *J Clin Nurs* 2005; 14: 1202–9.
- Alpi KM, Adams MG. Mapping the literature of public health and community nursing. *Journal Med Libr Assoc* 2007; 95 (1): e6–e9.
- APA (Austria Presse Agentur). Krankenpflege – Gehobene Ausbildung nur noch auf Hochschulniveau. <http://www.springermedizin.at/artikel/43962-krankenpflege-gehobene-ausbildung-nur-noch-auf-hochschulniveau> 2014 (21. Mai 2015).
- Attree M, Flinkman M, Howley B, Lakanmaa R-L, Lima-Basto M, Uhrenfeldt L. A review of nursing workforce policies in five European countries. *J Nurs Manag* 2011; 19: 786–802.
- Ball K, Doyle D, Oocumma NI. Nursing shortages in the OR: Solutions for new models of education. *AORN Journal* 2015; 101: 115–36.
- Behrens J, Horbach A, Müller R. Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz (ViPb). Mainz: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familien und Frauen 2009.
- Behrens J, Morschhäuser M, Viebrock H, Zimmermann E. Länger erwerbstätig aber wie? Wiesbaden: Westdeutscher Verlag 1999.
- Behrens J, Zimmermann M. Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit. Konzept und Forschungsperspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie+Geriatric* 2006; 39 (3): 165–72.
- Behrens J, Langer G. Evidence-based Nursing and Caring. Bern: Huber 2010.
- Behrens J, Weber A, Schubert M (Hg.). Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe? Opladen: Barbara Budrich 2012.
- Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation*. San Francisco: Jossey Bass 2010.
- Bradshaw A, Merriman C. Nursing competence 10 years on: Fit for practice and purpose yet? *J Clin Nurs* 2008; 17: 1263–9.
- Buchan J, Calman L. Skill-mix and policy change in the health workforce. In: *OECD Health Working Papers* 17, 2005.
- Burke LM. Integration into higher education: Key implementers' view on why nurse education moved into higher education. *JAN* 2003; 42 (4): 382–9.
- Cadre de santé (2015): Ouverture du 1er master de pratiques avancées en soins infirmiers en France. (dimanche 31 janvier 2010). <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?breve4527> (Stand: 12.07.2015).
- Callaghan L. Advanced nursing practice: An idea whose time has come. *J Clin Nurs* 2007; 17 (2): 205–13.
- Coomer B, Barriball KL. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses. *Int J Nurs Studies* 2007; 44: 297–314.
- Crommentuyn R. De physician assistant is geen loopjongen. *Medisch Contact* 2002; 57 (18): 698–300.
- Dante A, Graceffa G, Del Bello M, Rizzi L, Ianderca B, Battistella N, Bulfone T, Grando R, Zuliani S, Casetta A, Palese A. Factors influencing the choice of a nursing or a non-nursing degree. *Nurs Health Sci* 2014; 16: 498–505.

- Danzer, K. Die Arbeitsgemeinschaft der Schuldirektoren Niederösterreichs stellt neues Bildungskonzept für die Pflege zur Diskussion. *Österreichische Pflegezeitschrift* 2003; 59 (1): 38.
- Daydé MC, Lacroix ML, Pascal C, Salabaras-Clergues É (Comité de redaction). *Relation d'aide en soins infirmiers*. Paris: Masson 2010.
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) Stellungnahme des DBfK zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Pflege – BT-Drucksache 17/12179. (Berlin, 11. Februar 2013). <http://www.dbfk.de/download/download/DBfK-Stena-zu-Altenpflegegesetz-2013-02-11.pdf> (25. Mai 2015).
- DBfK, ÖGKV, SBK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband und Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner). *Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz*. 2013. <http://www.dbfk.de/download/download/ANP-DBfK-OeGKV-SBK-2013-final.pdf> (25. Mai 2015).
- de Jong A. *Advanced Nursing Practice als zukunftsweisendes Konzept*. In: Siffert P. (Hg.): *Handlungsfeld Pflege – was heute für morgen nachzudenken ist*. Wien: Facultas 2008; 44–54.
- de Jong A, Landenberger M. *Ausbildung der Pflege- und Gesundheitsberufe in den Niederlanden*. In: Landenberger M, Stöcker G et al. *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa*. Hannover: Schlüter-sche 2005; 111–37.
- Delmas P. *Les Infirmières à l'Université, oui Mais*. *Santé Mentale* 2010; N°162.
- DH (Department of Health). *Nursing careers framework. Developing a visual map design*. London: Department of Health 2009.
- Dierick-van Daele A, Metsemakers J, Derckx E. *Nurse Practitioners substituting for general practitioners*. *JAN* 2009; 65 (2): 391–401.
- DPR, DGP (Deutscher Pflegeerrat, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft). *Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen* 2014. [www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2014/12/2014-11-24-DGP-DPR-Einsatz-akad.-Pflege-1.pdf](http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2014/12/2014-11-24-DGP-DPR-Einsatz-akad.-Pflege-1.pdf) (17. Januar 2015).
- DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). *La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 – Un exercice de projections aux niveaux national et régional. études et résultats* N° 760 – mai 2011.
- Eaton A. *Pre-registration nurse education: A brief history*. 2012. [http://www.williscommission.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/483286/Pre-registration\\_nurse\\_education\\_history.pdf](http://www.williscommission.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/483286/Pre-registration_nurse_education_history.pdf) (08. Juli 2015).
- EU Parlament & Rat der EU (Europäisches Parlament und Rat der Europäischen Union). *Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (DE)*. In der konsolidierten Fassung vom 24.03.2011. 2005
- Europäische Kommission. *Vorschlag für Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung über die Verwaltungszusammenarbeit mithilfe des Binnenmarktinformationssystems*. Brüssel, den 19.11.2011. 2011/0435 (COD).
- Europäische Kommission – Vertretung in Deutschland. *Krankenschwester nur noch mit Abitur? – Die Fakten*. Pressemitteilung vom 19.01.2012. [http://ec.europa.eu/international\\_market/qualifications/policy\\_developments/index\\_de/htm](http://ec.europa.eu/international_market/qualifications/policy_developments/index_de/htm) (29. September 2012).
- European Commission (Ed.). *EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends. Revised Final Report*. 2012. [http://ec.europa.eu/health/workforce/key\\_documents/study\\_2012/index.html](http://ec.europa.eu/health/workforce/key_documents/study_2012/index.html) (25. Mai 2015).
- Fealy GM, McNamara MS. *A discourse analysis of debates surrounding the entry of nursing into higher education in Ireland*. *Int J Nurs Studies* 2007; 44: 1187–95.
- Flinkman M, Leino-Kilpi H, Salantera S. *Nurses' intention to leave the profession*. *JAN* 2010; 66 (7): 1422–34.
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy P, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. *Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. *Lancet* 2010; 376: 1923–58.
- Gould D, Carr G, Kelly D, Brown P. *Seconding health care assistants to a pre-registration nursing course: Evaluation of an novel scheme*. *HTresearch* 2004; 9 (1): 50–62.

- Gould D, Fontenla M. Strategies to recruit and retain the nursing workforce in England. *J Research Nurs* 2006; 11 (1), 5–17.
- Grobler L, Marais BJ, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Vomink J. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas (Review). *The Cochrane Library* 2009, Issue 2.
- Hackmann M. Project 2000 in Großbritannien. *Printernet* 1999; 1 (3): 68–75.
- Hämel K, Schaeffer D. Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege. *Zeitschrift für Sozialreform* 2013; 59 (4): 413–31.
- Hancock H, Campbell S, Ramprogus V, Kolgour J. Role development in health care assistants: the impact of education on practice. *J Eval Clin Pract* 2005; 11 (5): 489–98.
- Holland K, Roxburgh M, Johnson M, Topping K, Watson R, Lauder W, Porter M. Fitness for practice in nursing and midwifery education in Scotland, United Kingdom. *J Clin Nurs* 2010; 19 (3–4): 461–9.
- ICN (International Council of Nurses). *The global shortage of registered nurses*. Genf: ICN 2005.
- Ilmarinen J. Towards a longer worklife! Ageing and of worklife in the European Union. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health 2005.
- Jamieson I, Kirk R, Wright S, Andrew C. Generation Y New Zealand registered nurses' views about nursing work: a survey of motivation and maintenance factors. *Nursing Open* 2015. doi: 10.1002/nop.2.16, 1–13.
- Joost A, Kipper J, Tewolde T. Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Abschlussbericht des Forschungsprojektes. Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur, Zentrum der Goethe-Universität, Frankfurt a. M. 2009. <http://www.iwak-frankfurt.de/documents/AbschlussBerufsverlaeuft.pdf> (25. Mai 2015).
- Joung R. A major destination country: The United Kingdom and its changing recruitment policies. In: Wismar M et al. (Ed.): *Health Professional Mobility in Europe – Evidence from 17 European countries*. Copenhagen: World Health Organisation 2011.
- Keeney S, Hasson F, McKenna H, Gillen P. Nurses', midwives' and patients' perceptions of trained health care assistants. *JAN* 2005; 50 (4): 345–55.
- Kevorn J, Webb C. Mature women's experiences of preregistration nurse education. *JAN* 2004; 45 (3), 297–306.
- Lai HL, Peng TC, Chang FM. Factors associated with career decision in Taiwanese nursing students: a questionnaire survey. *Int J Nurs Studies* 2006; 43 (5): 581–8.
- Laiho A. Academisation of nursing education in the Nordic Countries. *Higher Education* 2010; 60: 641–56.
- Lehmann Y. *Medizinisch-technische Assistenz oder Fachpflege? Eine Evaluationsstudie zu Qualifizierungswegen und -profilen für das Handlungsfeld Anästhesie*. Frankfurt a. M.: Mabuse 2014.
- Lehmann Y, Beutner K, Karge K, Ayerle G, Heinrich S, Behrens J, Landenberger M. Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Hg.: Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bonn/Berlin: BMBF 2014.
- McCann TV, Clark E, Lu S. Bachelor of Nursing students career choices. *Nurse Educ Today* 2010; 30: 31–6.
- Miller K, Cummings G. Gifted and talented students' career aspirations and influences. *Int J Nurs Educ Scholarsh* 2009; 6 (1): Article 8.
- Missen K, McKenna L, Beauchamp A. Satisfaction of newly graduated nurses enrolled in transition-to-practice programmes in their first year of employment. *JAN* 2014; 70 (11): 2419–33.
- Needleman J, Buerhaus P, Pankratz SV, Leibson CL, Stevens S, Harris M. Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. *N Engl J Med* 2011; 364: 1037–45.
- Neilson GR, McNally J. The negative influence of significant others on high academic achieving school pupils' choice of nursing as a career. *Nurse Educ Today* 2013; 33: 205–9.
- NHS Careers (2012): *NHS Nursing Careers – Home > Skills, qualifications and trainings*. <http://nursing.nhs.uk/skills> (25. Mai 2015).
- Numuta Y, Schulzer M, van der Wal R, Globerman J, Semeniuk P, Balka E, Fitzgerald JM. Nursing staffing levels and hospital mortality in critical care settings. In: *JAN* 2006; 55 (4), 435–48.

- ÖGKV (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband Landesverband Steiermark). Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich. 2011. [https://www.oegkv.at/fileadmin/user\\_upload/Diverses/OEGKV\\_Handbuch\\_Abgabeversion.pdf](https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Diverses/OEGKV_Handbuch_Abgabeversion.pdf) (26. Mai 2015).
- Price SL, McGillis Hall L. The history of nurse imagery and the implications for recruitment. *JAN* 2014; 70 (7), 1502–9.
- Prime Minister's Commission (Prime Minister's commission on the future of nursing and midwifery in England). *Front line care: the future of nursing and midwifery in England*. London 2010.
- RBS (Robert Bosch Stiftung) (Hg.). *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln – Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung*. Stuttgart: RBS 2013.
- Rudman A, Omne-Pontén M, Wallin L, Gustavsson PJ. Monitoring the newly qualified nurses in Sweden: the longitudinal analysis of nursing education (lane) study. *Human Resources for Health* 8: 10 open access. 2010. <http://www.human-resources-health.com/content/8/1/10> (25. Mai 2015).
- Schober M, Affara F. *Advanced Nursing Practice (ANP)*. Bern: Huber 2008.
- Schölkopf M. *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2010.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen). *Gutachten* 2007. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/%DCbersicht/Langfassung.pdf> (18. Juni 2015).
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2009): *Deutscher Bundestag – Drucksache 16/13770 vom 02.07.2009: Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen). *Sondergutachten* 2012. [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2012/GA2012\\_Kurzfassung.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf) (13. August 2015).
- Taylor J, Irvine F, Bradbury-Jones C, McKenna H. On the precipice of great things: The current state of UK nurse education. *Nurse Educ Today* 2010; 30: 239–44.
- V&VN (Verpleegkundigen & Verzogenden Nederland – Beroepsvereniging van zorgprofessionals). *Het nieuwe beroepshuis*. Utrecht: V&VN 2012. [http://www.venvn.nl/Vakdossiers/Beroepsprofielen/Project\\_VV2020.aspx](http://www.venvn.nl/Vakdossiers/Beroepsprofielen/Project_VV2020.aspx) (18. Januar 2015).
- WHO. WHO global Code of Practice on the International Recruitment of Health personnel. Genf: WHO 2010. <http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/index> (04. August 2015).
- Whyte DA, Lugton J, Fawcett TN. Fit for purpose: The relevance of Masters preparation for the professional practice of nursing. In: *JAN* 2000; 31 (5): 1072–80.
- Willis Commission (Willis Commission on Nursing Education). *Quality with Compassion: The future of nursing education*. London 2012.
- WR (Wissenschaftsrat). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Drucksache 2411–12, Berlin 13.07.2012.
- Zander B, Blümel M, Busse R. Nurse migration in Europe – Can expectations really be met? *Int J Nurs Studies* 2013; 50 (2), 210–8.

This page intentionally left blank

# 5 Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate

Ulrike Höhmann, Manuela Lautenschläger und Laura Schwarz

5

## Abstract

Der Beitrag beschreibt und kontextualisiert auf Mikro-, Meso- und Makroebene zentrale Belastungsfaktoren für die stark binnendifferenzierten Pflegeberufe. Die Analyseperspektive (neo)institutionalistischer Organisationstheorien macht kaum beachtete Mechanismen sichtbar, die bei der Umsetzung kontinuierlich erforderlicher Innovationen in Gesundheitseinrichtungen zu hausgemachten Verschärfungen der Belastungen beitragen. Aufgezeigt werden einige Grundpfeiler des BMBF-geförderten Projekts „AKiP“, die kurzfristig an der Verbesserung organisationsinterner Gestaltungskompetenz zur Minderung dieser „Selbststrangulationen“ ansetzen. Langfristig sind jedoch Lösungsstrategien notwendig, die komplexe Wechselwirkungen zwischen Mikro-, Meso- und Makroebene systematisch einbeziehen.

The article describes and contextualizes at the micro, meso and macro levels central work-related stress factors for the highly differentiated caring professions. The analysis perspective of (neo) institutionalist organisational theories reveals scarcely noticed mechanisms that in the implementation of continuously required innovations in healthcare facilities contribute to a homemade aggravation of stress factors. The article describes some of the cornerstones of the project “AKiP” funded by the Federal Ministry of Education and Research which can help to improve organisational competence to mitigate the “self strangulations” in the short term. In the long run, however, strategies are needed that systematically involve complex interactions between the micro, meso and macro levels.

## 5.1 Hauptbelastungsfaktoren in der Pflege und Folgen für den Berufsverbleib

Einschlägige Zukunftsszenarien weisen – trotz divergierender Zahlen – übereinstimmend darauf hin, dass es eine erwartbare Diskrepanz zwischen Fachkräfteangebot und Fachkräftebedarf gibt (SVR 2012, S. 38; Simon 2011, S. 340ff). Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland schon heute über die schlechteste Patienten-Pflegekraft-Relation in Europa, mit messbaren Auswirkungen auf die Mortalitätsraten von Patienten und das Belastungserleben von Pflegekräften (Aiken et al. 2012). So werden Pflegekräfte aller drei Sektoren, der ambulanten Pflege, der stationären

Abbildung 5–1

<b>Zentrale Belastungsfaktoren im Pflegeberuf</b>		
<b>Makro- ebene</b>	<b>Sozio-kulturelle, politische und gesellschaftliche Ebene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangelnde gesellschaftliche Anerkennung/Gratifikationskrisen ⇒ Wert- und Bedeutungszuschreibung der Arbeit (vgl. Buxel 2011: 946; Hasselhorn et al. 2005: 118ff.; Simon et al. 2005: 28; Zander/Busse 2012: 114)</li> <li>• Bürokratisierung ⇒ Zunahme patientenferner Aufgaben bedingt durch steigende Verwaltungs- und Dokumentationsanforderungen (vgl. Bartholomeyczik et al. 2008: 10; Bräutigam et al. 2014: 44f., 47; DAK-BGW 2005: 15, 54, 72ff.; DAK-BGW 2006: 18, 70, 88f.; Zander/Busse 2012: 110)</li> <li>• Umgang mit Wirtschaftlichkeitsaspekten ⇒ v.a. Rationalisierungs- und Umstrukturierungsprozesse (z.B. Fallpauschalen-DRGs) (vgl. Bartholomeyczik et al. 2008: 10f.; DAK-BGW 2005: 15, 64ff.; Kleinknecht-Dolf et al. 2015; Zander/Busse 2012: 110)</li> <li>• Unzufriedenheit mit der monetären Vergütung (vgl. Bräutigam et al. 2014: 8, 27ff., 55, 39ff.; Simon et al. 2005: 42f.)</li> </ul>
<b>Meso- ebene</b>	<b>Organisations- bezogene Ebene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Führungsstil/-qualität (vgl. Brady et al. 2010: 425ff.; DAK-BGW 2005: 41f.; Hasselhorn et al. 2005: 34ff.; Kleinknecht-Dolf et al. 2015: 94, 99; Simon et al. 2005: 24ff.; Stordeur et al. 2005: 30ff.; Wenderlein 2005: 67f.)</li> <li>• Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten ⇒ z. T. unzureichende Unterstützung von den Arbeitgebern; zudem wenig finanzielle Gratifikation oder Verbesserungen der beruflichen Position (vgl. Bräutigam et al. 2015: 8; 31ff., 34ff.; Braun et al. 2004: 64; Buxel 2011: 947; DAK-BGW 2005: 39f.; DAK-BGW 2006: 16, 37ff.; Simon et al. 2005: 20f., 32f.)</li> <li>• Geringer Einfluss bei der Arbeit ⇒ nur wenig Handlungs- und Gestaltungsspielraum in Bezug auf die Art, den Inhalt und die Abfolge der Arbeitsschritte (vgl. Brady et al. 2010: 425ff.; Bräutigam et al. 2014: 8, 54f.; DAK-BGW 2005: 36f.; DAK-BGW 2006: 17, 49ff.; Nolting et al. 2006: 110; Simon et al. 2005: 22f.)</li> <li>• Grundsätzliche Arbeits(zeit)organisation ⇒ v.a. Umgang mit Schicht- und Wochenenddiensten; Vereinbarkeit von Arbeit und Familie/Privatleben; Überstunden; Zeitdruck; Veränderung des Aufgabenspektrums; Pflegekraft-Patienten-Relationen (vgl. Bräutigam et al. 2014: 40, 44ff.; Braun et al. 2004: 52; Buxel 2011: 946; DAK-BGW 2005: 14, 28, 31; Isfort et al. 2011: 11ff.; Isfort et al. 2007: 21; Simon et al. 2005: 34ff.; Wenderlein 2005: 54; Zander/Busse 2012: 118)</li> <li>• Quantitative Arbeitsanforderungen (vgl. Braun et al. 2004: 62; DAK_BGW 2005: 31; Simon et al. 2005: 14f.; Wenderlein 2005: 80)</li> </ul>
	<b>Materiell- technische Ebene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsumgebung: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Lärm ⇒ Belästigung durch dauerhafte Geräusche und Unruhe (vgl. Berger et al. 2003; DAK-BGW 2000: 34f.; Simon et al. 2005: 12)</li> <li>– unangenehme Temperaturen ⇒ Hitze oder Kälte (vgl. Simon et al. 2005: 13)</li> </ul> </li> <li>• Körperliche Anforderungen (v.a. im Bereich Heben und Tragen) ⇒ oft verantwortlich für Beschwerden im Bewegungsapparat (vgl. Braun/Müller 2005: 133; DAK-BGW 2005: 14f.; DAK-BGW 2006: 16; Estry-Behar et al. 2005: 101ff.; Simon et al. 2005: 16)</li> <li>• Infektionsgefährdung ⇒ Pflegepersonal durch den regelmäßigen Umgang mit Körperflüssigkeiten etc. verschiedenen Infektionsrisiken ausgesetzt (vgl. Simon et al. 2005: 11)</li> </ul>

Abbildung 5–1

## Fortsetzung

Zentrale Belastungsfaktoren im Pflegeberuf		
Mikroebene	Interpersonale Ebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation ⇒ z. B. widersprüchliche oder unvereinbare Arbeitsanweisungen; anstelle von gezielter berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit, Verschiebung der Aufgaben: v. a. Übernahme pflegefremder Tätigkeiten (vgl. Bartholomeyczik et al. 2008: 11; Brady et al. 2010: 425ff.; Braun 2011: 303ff.; Bräutigam et al. 2014: 8, 44f.; DAK-BGW 2006: 18, 42; Höhmann et al. 2010: 119ff.; Simon et al. 2005: 39ff.)</li> <li>• Interprofessionelle Spannungen und Feindseligkeiten (vgl. Bartholomeyczik et al. 2008: 11; Simon et al. 2005: 24f.; Zander/Busse 2012)</li> <li>• Mangelnde soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte (häufig in grossen Einrichtungen) (vgl. DAK-BGW 2005: 14; DAL-BGW 2006: 17, 46ff.; Nolting et al. 2006: 110f.; Simon et al. 2005: 25ff.)</li> </ul>
	Personalsoziopsychische Ebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konfrontation mit Tod, Krankheit und Leid (vgl. Braun et al. 2004: 62; DAK-BGW 2000: 54; Simon et al. 2005: 18f.; Wenderlein 2005: 85f.)</li> <li>• Interaktion mit Klienten ⇒ v. a. Konfrontation mit aggressiven und unfreundlichen Patienten; starke zeitliche Beanspruchung (vgl. Braun et al. 2004: 62; DAK-BGW 2006: 55ff.; Nolting et al. 2006: 110; Simon et al. 2005: 19; Zander/Busse 2012: 110)</li> <li>• Psychosomatische Beschwerden (vgl. DAK-BGW 2006: 18, 65ff.)</li> <li>• Burnout ⇒ v. a. bei Mitarbeitern in Alten-/Pflegeheimen (vgl. Simon et al. 2005: 47f.; van der Schoot et al. 2005: 57ff.; Zander/Busse 2012: 114)</li> <li>• Emotionale und psychische Belastungen und Stress (vgl. Buxel 2011: 946; DAK-BGW 2005: 30; DAK-BGW 2006: 41; Nolting et al. 2006: 110)</li> <li>• Individuelle Persönlichkeitsmerkmale und Affektivität (z. B. geringes Maß an Ambiguitätstoleranz, Kohärenzsinn, Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit) (vgl. Brady et al. 2010: 425ff.; Radkiewicz et al. 2005: 69ff.)</li> <li>• Konflikt zwischen Arbeit und Familie (vgl. Simon et al. 2005: 69f.)</li> <li>• Rollenkonflikte und moralischer Stress ⇒ z. B. Berufsideal vs. Arbeitsrealität (vgl. Becker 2008: 213ff.; Bräutigam et al. 2014: 8, 60; DAK-BGW 2000: 83; Henze/Piechotta 2004; Isfort et al. 2011: 13ff.; Kleinknecht-Dolf et al. 2015: 94, 100)</li> </ul>

Pflege-Report 2016

WiDo

Langzeitpflege und der Pflege im Krankenhaus, in Zukunft voraussichtlich mit steigenden Patientenzahlen und zunehmender Arbeitsverdichtung umgehen müssen (z. B. Schulz 2012, S. 6f). Vor diesem Hintergrund wird der Ruf nach Maßnahmen laut, die dem Belastungserleben, der Stellenreduktion sowie dem Berufsausstieg von Pflegekräften entgegensteuern und stattdessen dazu beitragen, zusätzliche Pflegekräfte zu gewinnen.

Um der Komplexität des Problems gerecht zu werden, muss die Debatte über steigende Arbeitsbelastungen, einen frühzeitigen Berufsausstieg und einen drohenden Fachkräftemangel in der Pflege vor dem Hintergrund multifaktorieller Einflussgrößen geführt werden. Zu diesen Einflussgrößen gehören selbstverständlich die mit der Ausübung des Pflegeberufs verbundenen physischen und psychischen Belastungen und die daraus resultierenden Folgen. Einschlägige Studien, die sich über den Zeitraum der letzten zwei Jahrzehnte erstrecken, zeigen, dass sowohl die objektiven Arbeitsbelastungen als auch das subjektive Belastungserleben im Pflegebereich konstant bleiben und im Vergleich mit anderen Berufsgruppen überdurch-

schnittlich hoch sind (vgl. u. a. Bartholomeyczik 2008; Bräutigam et al. 2014). Sie entscheiden hauptsächlich auf zwei Wegen, ob die Betroffenen den Beruf aufgeben: Der eine Weg führt über eine belastungsbedingte Berufs- und Arbeitsunfähigkeit zum Ausscheiden aus dem Beruf. Der andere zeichnet sich durch individuelle Ausstiegsentscheidungen aus, die vor dem Hintergrund sinkender Berufsattraktivität, zunehmender persönlicher Motivationsprobleme oder potenzieller beruflicher Alternativen getroffen werden.

Im Folgenden werden überblickshaft relevante Belastungsfaktoren skizziert, die Pflegekräfte in einschlägigen nationalen und internationalen Studien der letzten zehn Jahre berichten. Dazu gehören z. B. die NEXT-Studie (vgl. Hasselhorn et al. 2005; Metz 2010), der DAK-BGW Gesundheitsreport (2005; 2006), die RN4Cast-Studie (vgl. Aiken 2012; Zander und Busse 2012), das Pflege-Thermometer (vgl. Isfort 2007; 2009), der Arbeitsreport Krankenhaus (vgl. Bräutigam et al. 2014) etc. (vgl. Abbildung 5–1). Primär wurden repräsentative quantitative Studien im Quer- und/oder Längsschnittdesign ausgewählt, die in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen sowie ambulanten Pflegediensten durchgeführt wurden. Trotz ihrer eingeschränkten Vergleichbarkeit aufgrund unterschiedlicher sektoraler und organisationaler Rahmenbedingungen lassen sich hier Anforderungen an Pflegekräfte identifizieren, die sektorenübergreifend als belastend empfunden werden und sich damit als übergeordnete Einflussgrößen für Belastungserleben beschreiben lassen. Eine prozentuale Ausdifferenzierung der einzelnen Parameter erscheint aufgrund der verschiedenen Datengrundlagen nicht zielführend. Die Abbildung 5–1 listet deshalb die identifizierten Belastungsfaktoren in heuristischer Ordnung auf<sup>1</sup>, gleichwohl die hier analytisch getrennten Ebenen realiter in Wechselwirkungsprozessen miteinander verflochten sind.

Auf übergeordneter „*Makroebene*“ lassen sich allgemeine sozio-kulturelle, politisch-rechtliche und ökonomische gesellschaftliche Einflussgrößen ausmachen, die z. B. bei Pflegenden das Gefühl mangelnder gesellschaftlicher Anerkennung hervorrufen, Unzufriedenheit mit der Vergütung, eine als restriktiv erlebte Unterordnung von Fachinhalten unter Rationalisierungs- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen oder mit beruflichen Kooperationsproblemen einhergehende Umstrukturierungsfolgen aufgrund der DRG-Finanzierung. Gemeinsam ist den begrenzenden Rahmenbedingungen, dass die Pflegenden sie nicht direkt beeinflussen können. Möglich wäre aber, die sich aus diesen äußeren Rahmenbedingungen ergebenden Anforderungen zu gestalten, das heißt, sie bei der Umsetzung so zu transformieren, dass so weit wie möglich Passungen mit den einrichtungsinternen Zielen hergestellt werden können und damit unnötige zusätzliche Belastungen vermieden werden. Diese Gestaltungsoptionen sehen und nutzen Leitungen jedoch nur selten (vgl. Höhmann 2014; Wüthrich et al. 2009).

Auf der *Mesoebene* der Einrichtungen werden zum einen die Auswirkungen der wie auch immer transformierten Außeneinflüsse wirksam und können, neben einrichtungsspezifischen Organisationsproblemen, zu Belastungserleben führen. Fokussiert werden negative Auswirkungen von „Adaptionsreflexen“ an restriktive

<sup>1</sup> Die Differenzierung in die verschiedenen Ebenen wird dabei zugunsten der analytischen Klarheit des Arguments vorgenommen; im realen Interaktionsgeschehen sind diese nicht immer so trennscharf voneinander abzugrenzen.

Rahmenbedingungen, die bei ausreichender Dispositionsmacht und guten Gestaltungskompetenzen der Leitungen in Teilen aktiv beeinflussbar und in ihren belastenden Konsequenzen abzupuffern wären. Dazu gehören z. B. als ungünstig erlebte Schichtdienste, geringer Handlungs- und Gestaltungsspielraum bei der Arbeit, häufige Überstunden, Infektionsrisiken, hohe körperliche Anforderungen, interdisziplinäre Kommunikations- und Kooperationsprobleme und Feindseligkeiten, geringe soziale Unterstützung seitens der Kollegen und Arbeitgeber sowie zu wenig Zeit für die Patienten. Selten diskutiert wird hingegen, warum in den Einrichtungen diese arbeitsumfeldbezogenen Stressoren nur selten aktiv gestaltet werden. Studien argumentieren oft so, als bestünde ein direkter, unmittelbarer Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zwischen strangulierenden Rahmenbedingungen der Makroebene und der schwierigen einrichtungsinternen Arbeitssituation. Interne Steuerungs- und Gestaltungspuffer der Einrichtungen werden dabei oft ausgeblendet. Diese gilt es jedoch herauszuschälen: Denn auch wenn offensichtlich eine monetäre Unterausstattung der Pflege zu konstatieren ist, lässt sich am Beispiel der DRG-Finanzierung aufzeigen, dass es eine aktive Steuerungsentscheidung ist, wie die Mittel hausintern verteilt werden, die sich nicht naturwüchsig aus der Vergütungslogik der DRGs ergibt und die Pflege automatisch benachteiligen muss. Die unterschiedliche faktische Handlungsmacht der jeweiligen Interessengruppen im Verteilungsprozess und eine oft mangelhaft ausgebildete Gestaltungskompetenz und Resignation der Leitungen, die jegliche Handlungsoptionen zu schnell durch unbeeinflussbare Rahmenbedingungen verschlossen sehen, mögen zu diesem populären Fehlschluss führen. Im Anschluss an organisationssoziologische Untersuchungen und darauf aufbauende, theoretisch systematisierende Überlegungen der (Neo)Institutionalisten werden wir in Abschnitt 5.2 (s. u.) diskutieren, wo hier aktivierende Entwicklungsprozesse in Gang zu setzen sind, um das Pflegemanagement dazu zu befähigen, solche „transformatorischen“ Belastungsfaktoren für die Mitarbeiter zu reduzieren bzw. abzufedern.

Nicht zuletzt werden in den hier skizzierten Studien weitere Belastungsfaktoren auf der *Mikroebene* der Person im interpersonalen und personal-soziopsychischen Bereich aufgeführt. Die Individualität des Mitarbeiters, seine Ressourcen und Regulationssysteme erscheinen für die Maßnahmen zur Belastungsreduktion am Arbeitsplatz am ehesten zugänglich. Deshalb setzen die meisten Gesundheitsförderungsprojekte eher am Gesundheits- und Stressverhalten des Einzelnen an als an den Verhältnissen der Arbeitsumgebung, die in vielen Fällen jedoch als „Triggerfaktoren“ dafür anzusehen sind, wie es dem Einzelnen gelingt, die Anforderungen der Arbeit mit seinen persönlichen Ressourcen in ein angemessenes Gleichgewicht zu bringen.

Die komplexen Wechselwirkungen zwischen den Einflussgrößen der verschiedenen Ebenen und die hohe Binnendifferenzierung der Pflegeberufe lassen es wenig erfolgversprechend erscheinen, aus den skizzierten Studienergebnissen unidirektionale Maßnahmen zur Reduzierung von Belastungen und damit von Berufsausstiegen abzuleiten. So belegt keine der Studien eine *eindeutige* Korrelation von Interventionen zur Reduktion von identifizierten Belastungsfaktoren und einer positiven Entwicklung des Berufsverbleibs. Einige Untersuchungen legen jedoch nahe, dass nur sehr umfassende Maßnahmen das krankheitsbedingte Ausscheiden aus dem Beruf verringern können. Denn sie verweisen darauf, dass z. B. Personen

bei sehr hohen quantitativen Arbeitsanforderungen, die gleichzeitig mit geringem individuellem Handlungs- und Gestaltungsspielraum einhergehen – wie es oft in Alten- und Pflegeheimen der Fall ist – ein hohes Maß an Fehltagen sowie ein hohes Risiko für psychische und körperliche Erkrankungen aufweisen (vgl. Simon et al. 2005, S. 15, 22; Zander und Busse 2012, S. 111).

Interventionen, die zur Verbesserung der organisationalen Rahmenbedingungen beitragen, wirken dagegen gesundheitsförderlich und steigern gleichzeitig die Attraktivität des Berufs. Da insbesondere Wochenend-, Bereitschafts- und Nachtdienste, unvorhersehbares „Einspringen“ und nicht planmäßige Dienstenden als Belastungsursachen identifiziert werden können (vgl. Zander und Busse 2012, S. 111f.), ist eine belastungsreduzierende Organisation der Arbeitszeiten hier von besonderer Relevanz.

Insgesamt kann vermutet werden, dass der Abbau dysfunktionaler Arbeits- und Organisationsbedingungen positivemotivationale und gesundheitliche Effekte aufweist die Attraktivität des jeweiligen Unternehmens erhöht und dort im Einzelfall sogar den Fachkräftemangel beheben kann.

Im Konkreten zeigt die NEXT-Studie, dass Arbeitsbelastungen, die Pflegekräfte als Grund für den Ausstieg aus der zuletzt ausgeübten Tätigkeit angeben (vgl. Hasselhorn 2005; Simon et al. 2005), nicht nur dazu führen, dass sie die Einrichtung im Sinne eines innerberuflichen Arbeitsplatzwechsels verlassen, sondern dass sie häufig sogar aus der Pflege selbst im Sinne eines grundlegenden Berufswechsels aussteigen. Darüber, den Pflegeberuf zu verlassen, denkt demnach fast jede fünfte Pflegekraft oft, d.h. mehrmals im Jahr, nach (vgl. Simon et al. 2005, S. 51), am häufigsten Pflegekräfte in Kliniken (Hasselhorn et al. 2005, S. 140).

Sowohl die Absicht zum Berufsausstieg als auch die Absicht zum Berufswechsel gehen einher mit geringer sozialer Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte, hohen psychischen Arbeitsbelastungen und geringem Handlungsspielraum im eigenen Arbeitszusammenhang (vgl. Nolting et al. 2006, S. 111).

Der tatsächliche Berufsausstieg von Pflegekräften ist nach Hackmann (2009) allerdings auch abhängig vom Alter und der Qualifikation. Durchschnittlich arbeiten Beschäftigte in der Altenpflege ca. 8,4 Jahre in ihrem Beruf. Zu einem etwas anderen Ergebnis kommt das Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Demnach weisen Altenpflegekräfte eine sehr hohe berufliche Bindung auf, die sich in relativ langen Berufsverweildauern von durchschnittlich 19 Jahren widerspiegelt (IWAK 2009, S. 4)<sup>2</sup>.

Erstaunlich ist, dass der gesundheitspolitische Diskurs diese statistischen Diskrepanzen kaum zur Kenntnis nimmt. Einen bedeutsamen Anknüpfungspunkt böte hier vor allem der Befund einer hohen beruflichen Bindung von Altenpflegekräften, deren Berufsverläufe zwar oft Unterbrechungszeiten aufweisen, überwiegend aber nicht zum endgültigen Ausstieg aus dem Beruf führen. Die eigene Arbeit wird als fachlich anspruchsvoll und gesellschaftlich wichtig wahrgenommen. Nach einer Studie des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA 2012) nehmen 92,4% der befragten Altenpflegekräfte ihre Arbeit als „sinngelbend“ und 89,4% als „sehr wich-

2 Bei dieser Studie handelt es sich um eine Strukturanalyse der Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern zwischen 1975 und 2004.

tig“ wahr und äußern großen Stolz darüber, in der Altenpflege zu arbeiten (79,1%). Die überwiegende Mehrheit möchte den Beruf bis zum Rentenalter ausüben (69,2%).

Flieder und Blum et al. kommen in ihren Studien über Berufsrückkehrinnen (Flieder 2002; S. 22ff; Blum et al. 2004, S. 29ff) sogar zu dem Ergebnis, dass die Gründe, die ursprünglich zum Verlassen des Pflegeberufs führen, nicht zwangsläufig an die beruflichen Inhalte gebunden sind. Sie werden in hohem Maße auch durch spezifisch-individuelle Belastungs- und Ressourcenkonstellationen beeinflusst, die es erschweren, mit den oft schwierigen Rahmenbedingungen des Berufs umzugehen. Der Wiedereinstieg in den Pflegeberuf ist dagegen häufig stark von pflegeimmanenten Motiven geprägt, wie beispielsweise der Zusammenarbeit mit Patienten (83,8%) oder dem Wunsch, anderen Menschen zu helfen (79,5%). Dieses Ethos stellt eine wichtige Ressource dar, die im Zusammenhang mit der Erhöhung der Berufsverweildauer von Pflegekräften kaum systematisch gepflegt und unterstützt wird. Bedingungen zu schaffen, die es Pflegekräften erleichtern, ihrer Motivation zu folgen, erscheint auch angesichts des bis zum Jahr 2025 deutlich auf ca. 26% ansteigenden Anteils älterer Erwerbsfähiger ab 55 Jahren sinnvoll (Schulz 2012, S. 11f). Denn neuere Studien zeigen, dass gerade diese Gruppe aufgrund ihrer langfristigen Arbeitsmotivation und ihres langjährig entwickelten, oft informellen Wissens höhere fachliche Autonomiebedürfnisse hat und größeren Handlungsspielraum wünscht als jüngere Mitarbeiter (vgl. SVR 2011, S. 8).

Gerade die Bedeutung von solchen Autonomiebedürfnissen und identifikationsstiftendem Handlungsspielraum bei der Erfüllung von Arbeitsaufgaben sowie im Umgang mit Patienten und Angehörigen wird durch viele ökonomische Rationalisierungsprozesse konterkariert. So verweisen nationale und internationale Studien darauf, dass vor allem ökonomisch geprägte organisationale Veränderungsprozesse wie z. B. implizite Rationierungseffekte, die sich u. a. darin zeigen, dass zu wenig Zeit für die Patienten bleibt, signifikant mit einer als belastend wahrgenommenen Arbeitsumgebung einhergehen. Dies führt zu erheblicher Arbeitsunzufriedenheit und Burnout beim Pflegepersonal (vgl. Aiken 2012; Zander und Busse 2012, S. 119).

Ebenso kann der überdurchschnittliche Anstieg der Quote der Teilzeitbeschäftigungen in den Pflegeberufen im Kontext dieses Belastungserlebens eine Rolle spielen: Zwischen 2001 und 2009 stieg diese um 26,3% – fast doppelt so stark wie in anderen Gesundheitsberufen – und lag 2009 bei 52% (Simon 2011, S. 367). Über das Ursache-Wirkungs-Verhältnis ist nur zu mutmaßen: Nach Simon gibt es gegenwärtig vor allem „einen Mangel an adäquaten Vollzeitäquivalenten und an Arbeitsbedingungen, die eine langfristige Vollzeitbeschäftigung ohne Beeinträchtigung der Gesundheit ermöglichen“ (z. B. Simon 2011, S. 369). Simon hält diese Entwicklung zu großen Teilen für arbeitgeberinitiiert. Denn eine hohe Teilzeitquote erzeugt Rationalisierungspotenziale bei den Mitarbeitern, da diese in Zeiten starker Arbeitsverdichtung als quantitative „Reservearmee“ flexibler einsetzbar und eher zu Überstunden bereit sind oder sich aus arbeitsfreien Zeiten zurückholen lassen (Simon 2011, S. 367). Umgekehrte Wechselwirkungen konstatiert Simon jedoch ebenfalls: Pflegekräfte reduzieren ihre Arbeitszeit immer häufiger von sich aus, um sich angesichts zunehmender Belastungen vor potenziellen gesundheitlichen Folgen zu schützen (Simon 2011, S. 368).

Unter dieser – der Öffentlichkeit nicht mehr verborgenen – Krisensituation am Arbeitsplatz leidet auch die Attraktivität des Pflegeberufs, wie massive Stellenbesetzungsprobleme in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zeigen. Laut Bundesagentur für Arbeit (BA) bleiben Stellen für examinierte Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte im Bundesdurchschnitt 111 Tage vakant (ca. 39% mehr als der Durchschnitt aller Berufe), Stellen für examinierte Altenpflegefachkräfte sogar 122 Tage (ca. 53% mehr als der Durchschnitt aller Berufe).<sup>3</sup> Mehr noch: Auf 100 der BA gemeldete Stellen kommen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte 82 registrierte Arbeitslose, bei den Altenpflegefachkräften nur 42<sup>4</sup>. Einer der Gründe hierfür wird im Attraktionsproblem des Berufsfeldes vermutet, das dazu führt, dass immer weniger Menschen den Pflegeberuf ergreifen oder „ausgestiegene“ Pflegenden eher in anderen Branchen arbeiten. Denn obwohl der Pflegeberuf Bevölkerungsumfragen zufolge gesellschaftlich als „wichtig“ und „vertrauenswürdig“ wahrgenommen wird (Allensbacher Berufsprestige-Skala 2005; Reader's Digest European Trusted Brands 2012)<sup>5</sup>, wirkt sich diese Wertschätzung offenbar nicht auf die Arbeitsbedingungen in der Pflege aus. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) betont sogar den berufspolitisch niedrigen Status des Pflegeberufs und die Wahrnehmung der Pflegeberufe als „Sackgassenberufe“ mit geringen Aufstiegsmöglichkeiten, Schichtdienst, befristeten Arbeitsverträgen, z. T. schlechter Bezahlung und schwierigen Arbeitsbedingungen (SVR-G 2012: 44f).

Darüber hinaus wird ein qualifikatorischer Mismatch als weiterer Grund für hohes Belastungserleben und eine geringe Attraktivität des Berufs diskutiert (Bundesagentur für Arbeit 2014: 23). Immer häufiger werden z. B. Hilfskräften patientennahe Pflegetätigkeiten übertragen, für die diese nicht ausreichend qualifiziert sind. Examinierte Pflegefachkräfte übernehmen wiederum das Management der Hilfskräfte (HWP 2007, S. 18), für das sie auch nicht ausgebildet sind. Sowohl Fach- als auch Hilfskräfte sind mit dieser Situation häufig überfordert und fühlen sich fehlqualifiziert (Höhmann 2014). Dies trifft besonders dann zu, wenn Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen in Altenheimen und Altenpflegerinnen bzw. Altenpflegehelferinnen in Kliniken mit ihren je verschiedenen Berufszuschnitten arbeiten. Zur Minderung der letztgenannten Schwierigkeiten wird seit Jahren eine generalistische Ausbildung diskutiert, in der die fragmentierten Sichtweisen der Einzelberufe<sup>6</sup> zu einem gemeinsamen Wissenskanon

3 Zu berücksichtigen ist allerdings, dass der BA nur jede zweite offene Stelle gemeldet wird. Außerdem werden wichtige Fachkräftressourcen, wie Personen, die in den Arbeitsmarkt zurückkehren oder Teilzeitkräfte, die ihr Arbeitszeitvolumen gerne ausweiten möchten, nicht berücksichtigt. Zudem unterstellt die Analyse eine vollkommene räumliche Mobilität von Arbeitsuchenden, was nicht der Wirklichkeit entspricht (vgl. BA 2014, S. 23).

4 Der Mangel bei Gesundheits- und Pflegefachkräften ist in allen westlichen Bundesländern und in Brandenburg zu verzeichnen. In den restlichen ostdeutschen Ländern ist die Fachkräftesituation weniger angespannt (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2014, S. 23).

5 In beiden Studien rangiert der Beruf der Krankenschwester an zweiter Stelle. Siehe dazu: [http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx\\_reportsndocs/prd\\_0512.pdf](http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/prd_0512.pdf) und [http://www.rd-anzeigen.de/studien/etb/pdf/ETB\\_Broschuere2012\\_WEB.pdf](http://www.rd-anzeigen.de/studien/etb/pdf/ETB_Broschuere2012_WEB.pdf).

6 Dazu zählen der Beruf der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

zusammengeführt werden sollen (Groß 2014, S. 17)<sup>7</sup>. Neben einer flexibleren Arbeitsmarktpassung verbindet sich damit auch die Hoffnung, dass Belastungen und Arbeitsunzufriedenheit entgegengewirkt wird und positive Anreize für eine längere Berufsverweildauer gesetzt werden können.

Zur mangelnden Attraktivität des Berufs und einem qualifikatorischen Mismatch kommt außerdem das Dilemma, dass eine rein hochschulische Primärqualifikation nach aktuellen Berufsgesetzen noch immer nicht anerkannt ist (vgl. EU Richtlinie 2005/36/EG). Rein hochschulisch primärqualifizierte „change agents“ werden weiterhin aus Kernfeldern des Berufs ausgegrenzt und die Hauptträger des Berufs, also die Pflegekräfte mit 3-jähriger Ausbildung, die nicht regelhaft über eine Hochschulreife verfügen müssen, können nur langwierig akademisches Wissen aufbauen. Nach einem Studienabschluss müssen sie oft feststellen, dass es für ihre Qualifikationen am Bett weder klare Positionen gibt noch ihre Kompetenzen adäquat abgerufen und gesellschaftlich gewürdigt werden. Berufliche Unzufriedenheit bei Hochqualifizierten ist damit vorgezeichnet (vgl. Höhmann et al. 2008; Höhmann 2013). Denn besonders pflegefachlich stark motivierte und gut gebildete Pflegekräfte reagieren sensibel darauf, dass ihre Arbeitsbedingungen zu oft vom organisational wenig reflektierten „Import betriebswirtschaftlicher Organisationsprinzipien“ bestimmt sind, die ihre fachlichen und wertebezogenen Arbeitsmotive konterkarieren (Bauer 2007, S. 99). Ein stark an ökonomischen Handlungslogiken ausgerichteter Pflegealltag, der in der Regel gleichzeitig mit hohen Qualitäts- und Werteerwartungen an die Arbeit und einem steten Innovationsdruck einhergeht, führt zu häufigen Reorganisationen und Restrukturierungen in den Einrichtungen. Damit ist meist zusätzlich Personalknappheit verbunden, außerdem werden psychosoziale und kommunikative Aspekte der Patientenversorgung vernachlässigt und die Arbeit mit Patienten wird medizinischen oder verwaltungsbezogenen Tätigkeiten untergeordnet. Dies zieht neben – moralisch belastenden – Versorgungsmängeln bei den Patienten auch erhebliche Motivationsprobleme bei den Beschäftigten nach sich und erhöht Mobbingpotenziale (Picker Institut 2015). Verliert so die ursprüngliche Berufsmotivation ihre Verwirklichungsbasis und kommen belastende, demotivierende Diskrepanzerfahrungen hinzu, begünstigt dies wiederum einen frühzeitigen Berufsausstieg.

Andererseits verfügen viele Pflegekräfte jedoch – im Sinne beruflicher Resilienz – über eine in vielen Studien ermittelte starke Berufsbindung und ein hohes Interesse, langfristig im Beruf tätig zu sein – und damit über ein hohes und für Arbeitgeber nutzbares Arbeitspotenzial. So möchte die Mehrheit der Pflegekräfte ihren Beruf grundsätzlich gerne bis zum Rentenalter ausüben (vgl. KDA 2012). Allerdings kann es sich nur jede zweite Pflegekraft vorstellen, den Arbeitsanforderungen *unter den bestehenden (Arbeits-)Bedingungen* bis zum Eintritt der Altersrente gewachsen zu sein (vgl. Buxel 2011, S. 947; Isfort et al. 2011, S. 11; Isfort et al. 2009, S. 43f.). Korrespondierende Studienergebnisse thematisieren jedoch eben hier ein erhebliches organisationales Defizit, denn in den Praxisfeldern der Befragten mangelt es offensichtlich an tragfähigen Konzepten und gezielten Kompetenzentwick-

<sup>7</sup> In der Mehrheit der EU-Staaten sind die Ausbildungsprogramme der Pflege bereits generalistisch ausgerichtet. Eine grundständige Altenpflegeausbildung existiert allerdings ausschließlich in Deutschland (vgl. Stöcker 2014, S. 13).

lungsstrategien, die einen Berufsverbleib bis zum Rentenalter unterstützen und ermöglichen (vgl. Isfort et al. 2011, S. 11; Isfort et al. 2009, S. 43f.).

Diese knappe Übersicht über Einzelergebnisse verdeutlicht, dass viele der von Pflegenden erlebten Belastungen auf Wechselwirkungen zwischen den politisch-ökonomischen Rahmenbedingungen und deren Transformation in die Arbeitspraxis der Einrichtungen zurückzuführen sind, die dann wiederum auf die einzelne Person zurückwirken und je nach individueller Anforderungs-Ressourcen-Bilanz unterschiedliche Reaktionen hervorrufen.

Empirische Befunde (vgl. Höhmann et al. 2010) zeigen jedoch, dass gerade diese individuellen Ressourcen trotz ihrer begrenzten Reichweite vorrangig zur Problembewältigung herangezogen werden. Dies geschieht unter hohen personellen Kraftanstrengungen, die individuelle Belastungsgrenze der Pflegekräfte wird „gedehnt“, z. B. indem sie bei Personalknappheit immer wieder einspringen und auf die eigene Freizeit verzichten müssen. Diese Überstrapazierung personeller Ressourcen führt dann statt zu einer Lösung zur Verschiebung des Problems, nämlich zu – zwar nicht intendierten, aber häufig vorhersehbaren – neuen, z. T. sogar stärkeren Belastungserfahrungen. Innerorganisatorische, gut beeinflussbare Stellenschrauben zur Bearbeitung von Belastungsproblemen liegen dagegen nicht regelhaft im Blickfeld der Verantwortlichen (vgl. z. B. Höhmann 2010). Im Folgenden werden Ansatzpunkte diskutiert, mit denen diese Schnittstellen gestaltet werden können, um so zur Minderung hausintern selbstproduzierter Belastungsprobleme beitragen zu können.

## 5.2 Ansatzpunkte zur Reduktion von „transformatorischen“ Belastungen

Vorrangig erscheint es erforderlich, politisch-ökonomische Wertentscheidungen grundsätzlich umzusteuern, um den Pflegeberuf – vermittelt über die unterschiedlichen Ebenen – lebbarer und attraktiver macht. Dabei ist die hohe Binnendifferenzierung der Pflegeberufe mit settingspezifischen Problemen zu berücksichtigen. So fordert z. B. die eine Gruppe einen größeren identitätsstiftenden Handlungsspielraum, während gleichzeitig eine andere Gruppe entlastende Sicherheit durch ein enges Regelkorsett erlebt.

Des Weiteren verdeutlichen die diskutierten Studienergebnisse, dass es komplexe Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Einflüssen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene gibt. Damit wird es sehr unwahrscheinlich, dass eine eindimensionale Veränderung das Problem löst. Wir benötigen vielmehr Interventionen, die gleichgerichtete Ziele auf allen Ebenen anstreben, ohne ein naives Ursache-Wirkungs-Verhältnis zu unterstellen. Allerdings lassen sich manche latent dysfunktionalen Belastungsfolgen durchaus vorhersehen: Wenn z. B. zur Fachkräftebindung „Belohnungsmechanismen“ vereinbart werden, nach denen Leitungen für eine „sparsame Personalpolitik“ mit Gehaltsboni bedacht werden und gleichzeitig die Pflegekräfte mit Boni für „geringe Krankheits- und Fehltag“. Ein nicht beabsichtigter Effekt ist dann wahrscheinlich, dass die Führungskräfte durch Stellenverknappung den Pflegenden qualitativ hochwertiges Arbeiten erschweren und damit Präsentis-

mus sowie die unausgesprochene Forderung nach ständiger Einsatzbereitschaft als Kulturbestandteil etablieren.

Neben längerfristig notwendigen Neumodellierungen der Branche lassen sich jedoch einige *kurzfristig* nützliche Lösungsbausteine identifizieren. Einer liegt darin, die Gestaltungskompetenz der Pflegeberufe zu erhöhen, um die Belastungen im Arbeitsalltag unmittelbar zu reduzieren. Fokussiert wird dazu die selten beachtete Schnittstelle, die das Management bei der Verschränkung externer Außenanforderungen mit einrichtungsinternen Strategien gestalten kann und muss. Ein Ziel ist es, die Kompetenzen des Managements so zu stärken, dass bei der Umsetzung von Außenanforderungen auf der Einrichtungsebene die in der Literatur beschriebenen organisationsbezogenen, interpersonellen, materiell-technischen und soziopsychischen Belastungsfaktoren für die Mitarbeiter nicht unnötig verschärft werden. Das aktuelle BMBF-geförderte Projekt „Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzaktivierung und -entwicklung in der Pflege“ (AKiP, [www.akip-projekt.de](http://www.akip-projekt.de)) nimmt die Zusammenschau solcher Einzelfaktoren, die mit Burnout bzw. Berufsausstieg einhergehen, zum Ausgangspunkt. Im Mittelpunkt stehen dabei vor allem Stressfolgen durch eine fehlende einrichtungsspezifische Abstimmung und aktive Transformation externer Anforderungen in einrichtungsinterne Prozesse (Höhmman 2010, 2014). Mit je unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten sollen Führungskräfte und Pflegenden – im Arbeitsprozess – dazu befähigt werden, bei den jeweils von außen an sie herangetragenen (Innovations-)Anforderungen die Aspekte zu identifizieren, die für sie gestaltbar sind. Sie sollen lernen, diese als *reflective practitioners* (Schön 1983) zu modellieren und so auf größtmögliche Passungen zu einrichtungsbezogenen Zielen, Kulturen und identitätsstützender Berufsarbeit hinzuwirken. Für Führungskräfte bedeutet dies vorrangig, dass ihre Leadership-Kompetenzen gestärkt werden, um das Belastungserleben und die Diskrepanzerfahrungen ihrer Mitarbeiter zu mindern und deren individuellen Kompetenzstatus zu ermitteln (Galatsch et al. 2012; Pschichholz et al. 2015). Motivierte Mitarbeiter sollen hingegen qualifiziert und darin gestärkt werden, „vollständige“ Handlungen – von der Planung über die Ausführung und Evaluation bis hin zur Neuausrichtung – zu übernehmen und ihren Handlungsspielraum aktiv fachlich zu nutzen.

Die theoretische Systematisierung der verschiedenen Ansatzpunkte zur Entwicklung dieser Kompetenzen orientiert sich an unterschiedlichen (neo)institutionalistischen Organisationstheorien (z. B. Scott, Mayer, Rowan, Zucker: zusammenfassend in: Walgenbach 2007; Höhmman 2010; für die Managementlehre z. B. auch Wüthrich et al. 2009), die seit den 80er Jahren auf stressverschärfende innerorganisationale Reaktionsmechanismen auf Außendruck hinweisen, die in Gesundheitseinrichtungen, vorrangig in Kliniken, zu komplexen Organisationsproblemen führen können. Die Ursache für Belastungsprobleme wird vor allem darin gesehen, dass den Außenanforderungen eine große Bedeutung bei der Gestaltung der Arbeitsinhalte eingeräumt wird, während einrichtungsinterne Ziele und Anforderungen eine extrem geringe Prägekraft haben. Drei für das Ziel der Kompetenzförderung besonders bedeutsame Mechanismen, die die (Neo)Institutionalisten beschreiben, nehmen wir in den Blick:

Zum Ersten das Phänomen, dass vor allem unsichere Manager bei hohem Außendruck bei der Umsetzung externer Anforderungen schnell „Rationalitätsmythen“ gehorchen – mit dem Ziel, das Überleben ihrer Einrichtung zu sichern: z. B.

EDV-Dokumentationen einführen, die mechanisch die Anforderungen der Qualitätsprüfungs-Richtlinien abbilden und formale Leistungstransparenz erzeugen; oder Abläufe hoch standardisieren, einen kosteneffizienten Skill-Mix einführen, um „tote“ Arbeitszeiten für Qualifizierte zu minimieren und gleichzeitig Ethikschulungen durchführen, in denen die Berücksichtigung der Individualität von Bewohnern/Patienten besonders hervorgehoben wird – gegen die faktische Universalität des ökonomischen Verdikts (Spelzer und Höhmann 2012; Krech 2011). Pflegekräfte stranden dann im Widerspruch zwischen faktischen, vermeintlich rationalitätsinduzierten Strukturen und identitätsstiftendem Anspruch. Burnout, emotionale Distanz und Unzufriedenheit sind vorgezeichnet (z. B. Höhmann 2010, 2014; Walgenbach 2007; Picker 2015).

Das zweite Phänomen sehen (Neo)Institutionalisten als Folge „mimetischer Prozesse“, in denen Strukturen, Prozesse, Maßnahmen etc. anderer erfolgreicher Organisationen imitiert werden. Dies geschieht z. B. – trotz individueller Zweifel der Manager an der Passung zu organisationsinternen Zielen und Problemen (Höhmann 2010) – durch den Einsatz von Unternehmens- oder Qualitätsberatern, die in anderen Einrichtungen als erfolgreich angesehen werden, durch die Übernahme standardisierter „Behandlungspfade“ oder von Personaleinsatzmodellen etc.. Durch die starre Übertragung vermeintlich erfolgreicher „Problemlösungen“ in die eigene Einrichtung erhoffen sich die Nachahmer, ebenso erfolgreich werden zu können wie die bisherigen Anwender, ohne selbst das Rad neu erfinden zu müssen. So naheliegend solche Überlegungen sind, so kritische Folgen zeitigt jedoch eine pauschale Imitation, die meist umso unbedingter und unreflektierter geschieht, desto unsicherer die Nachahmer in Bezug auf die ökonomische Existenz ihrer Einrichtung sowie die eigene Handlungs- und Fachkompetenz sind. Eben jene Kompetenzen benötigen sie aber, um mit kritischem Blick bewusst Distanz zu nehmen und die Passungsfähigkeit sowie die Folgen einer „best practice“ für ihre Ziele und Probleme unter Berücksichtigung der eigenen personellen, fachlichen und kulturellen Voraussetzungen beurteilen zu können. Ansonsten zeigen sich z. B. bei pauschal von außen kopierten Personaleinsatzmodellen – wie dem geteilten Dienst, bei dem in „Spitzenzeiten“ punktuell vermehrt Personal anwesend ist – zum Teil gravierende Folgeprobleme für die eigenen Arbeitsabläufe, die Motivation der Mitarbeiter und die Qualität der Arbeit: Es fehlen systematische Informationswege für die nur stundenweise eingesetzten Mitarbeiter; diese fühlen sich desinformiert, „ausgeklinkt“, als „Lückenbüßer“ und wenig verantwortlich für „das Ganze“, das sie nicht überblicken können. Trotz objektiv geringer Arbeitszeit fühlen sie sich eigentlich den ganzen Tag im Dienst und sind überfordert mit bürokratischen Abläufen, die nicht zu ihren Arbeitszeiten passen und Überstunden erfordern. Ihnen fehlen Erfolgserlebnisse und ein Gefühl der Zugehörigkeit, gleichzeitig erleben sie Zeitdruck (Höhmann 2010).

Der dritte Ansatzpunkt erforderlicher Kompetenzentwicklung bezieht sich auf den verhältnismäßig geringen „normativen Druck“, den die Pflegeberufe über ihre fachlich-professionellen und ethischen Vorstellungen von „guter“ Arbeit auf die Gestaltung und Steuerung von Arbeitsabläufen und Arbeitsbedingungen ausüben. Die hohe Binnendifferenzierung der Pflegekräfte erzeugt widerstrebende Zentrifugalkräfte: Akademisierung und Professionalisierung von artikulationsfähigen Berufsgenössigen geht z. B. in der Regel damit einher, dass diese sehr bestebt sind,

anspruchsvolle pflegefachliche Qualitätsinhalte wie Gesundheitsförderung, Beratung, kommunikative und beziehungsstiftende Konzepte durchzusetzen. Diese Gruppe fordert und benötigt Handlungs- und Begründungsspielräume zur Motivierung und Identifikation mit der eigenen Arbeit. Diese Konzepte sind jedoch anderen Beschäftigtengruppen gegenüber nicht durchsetzungsfähig. Bei einer hohen Hilfskraft- und Teilzeitquote kämpfen die Einrichtungen mit Qualitäts-, Stellenbesetzungs-, Burnout- und Motivationsproblemen. Die Pflegestatistik weist seit 2009 nur für ca. 0,2% des Personals einen pflegebezogenen Studienabschluss aus. Der aktuelle Skill-Mix, die Arbeitsumfeldbedingungen und eine nur selten qualifikationsbezogen differenzierte Arbeitspraxis schwächen zur Zeit die von innen heraus gesteuerte inhaltliche Gestaltung der Arbeit und eine systematisch-kritische Reflektion darüber, wie externe Anforderungen fachlich interpretiert und umgesetzt werden können. Stattdessen übernehmen oft andere, artikulationsfähigere Berufsgruppen Verantwortung, wie z. B. Ökonomen, Juristen, Pfarrer, zum Teil auch Pflegemanager mit Hochschulabschluss, die sich jedoch oft unter Rollendruck eher betriebswirtschaftlichen als pflegefachlichen Zielen verpflichtet fühlen (z. B. Gebert und Kneubühler 2003; Höhmann 2010, 2014; Höhmann et al. 2008).

Im Fazit dieser Problemsicht wird deutlich, wie fatal die geringe Gestaltungsmacht und Gestaltungskompetenz der Pflegeberufe ist, um aktiv gegen das Aufschaukeln gerade solcher Belastungsfaktoren an zu arbeiten, die durch eine unreflektierte Übernahme des Außendrucks an die Einrichtungen herangetragen werden. Die hier gewählte theoretische Brille hilft, empirische Einzelergebnisse so zu systematisieren, dass Stellschrauben sichtbar werden, die bei der Transformation externer Anforderungen in interne Maßnahmen mit Hilfe von erhöhten beruflichen Handlungskompetenzen reflexiver und belastungsärmer gestaltet werden könnten. Mit Wüthrich et al. (2009, S. 146ff) gilt es, für alle Mitarbeiter auf ihrer jeweiligen Ebene Kompetenzen zu entwickeln, die vermeiden, dass „wir (...) uns unsere Gefängniszellen selbst (basteln) und (...) noch eigenhändig Gitterstäbe in die Fenster ein(ziehen), die aus unseren persönlichen und kollektiven Glaubenssätzen bestehen“. Dazu sind Kompetenzen notwendig, die helfen, den äußeren „Zwang“ nicht passiv als erdrückende und ungestaltbare Triebkraft wahrzunehmen, sondern diesen aktiv oder gar widerständig inhaltlich-konzeptionell so zu interpretieren und zu transformieren, dass Entfremdungseffekte und untragbare Arbeitsbedingungen minimiert werden. Diese Kompetenzentwicklung kann zu großen Teilen kurzfristig in der Berufsgruppe selbst und in den Einrichtungen angegangen werden. Gelingen werden solche einrichtungsinternen Programme jedoch nur, wenn parallel zur Kompetenz die Handlungsmacht steigt, widersprüchliche Anreize vermieden werden und die weitere Entwicklung gesellschaftlicher Opportunitätsstrukturen im Zusammenspiel von Mikro-, Meso- und Makroebene diesen Weg stützt.

Unabhängig von den unzweifelhaft spezifischen Belastungsproblemen und Gestaltungsdefiziten der Pflegeberufe sind die beschriebenen Mechanismen, die zu hausgemachten Belastungsverschärfungen führen, jedoch nicht als einzigartig oder professionstypisch zu verstehen. Sie zeigen sich auch in anderen Policy-Feldern, in denen – begünstigt durch eine ökonomische Ressourcenknappheit – eine formal funktionale Verfahrensorientierung zunehmend Definitionsmacht über wenig widerständige oder nur gering ausgeprägte fachinhaltliche, normative Berufs- und Qualitätsverständnisse erlangt. Auch dort bewirken die für motivierte Mitarbeiter

identitätsgefährdenden formalen Kontrollstrategien systematisch, dass Konflikte entstehen und die berufliche Identität zerstört wird. Für diesen Mechanismus kann die Berufsgruppe der Pflegenden nur als Beispiel dienen (z. B. Voswinkel 2002; Sennet 2005; Dahlgaard und Stratmeyer 2006; Höhmann 2009).

## Literatur

- Aiken L, Sloane DM, Bruyneel L et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 2014; 383: 1824–30.
- Aiken L, Sermeus W, Van den Heede M, Sloane DM et al. 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* 2012; 344: 1717.
- Bartholomeyczik S, Donath E, Schmidt S, et al. Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg) 2008.
- Bauer U. Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld. *Jahrbuch für Kritische Medizin* 2007; 44: 98–119.
- Berger J, Nolting H-D, Genz HO et al. BGW-DAK Gesundheitsreport 2003. Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. Hamburg: BGW/DAK 2003.
- Blum K, Müller U, Schilz P. Wiedereinstieg ehemals berufstätiger Pflegekräfte in den Pflegeberuf. Forschungsprojekt des Deutschen Krankenhausinstituts – Abschlussbericht 2004. [https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/wiedereinstieg\\_pflegeraefte1.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/wiedereinstieg_pflegeraefte1.pdf) (28. Juli 2015).
- Bosbach G, Bingler K. Droht eine Kostenlawine im Gesundheitswesen? Irrtümer und Fakten zu den Folgen einer alternden Gesellschaft. *Soziale Sicherheit* 2008; 1: 5–12.
- Brady GP, Cummings GG. The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *Journal Nurs Manag* 2010; 18: 425–39.
- Bräutigam C, Evans M, Hilbert J, Öz F. Arbeitsreport Krankenhaus – Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg) 2014.
- Braun B. Wunsch und Wirklichkeit der Berufsgruppenübergreifenden Kooperation im Krankenhaus. *Pflege & Gesellschaft* 2011; 16 (4): 303–22.
- Braun B, Müller R, Timm A. Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiografien von Pflegekräften im Krankenhaus – Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. *Gemünder Ersatzkasse GEK (Hrsg). Schriften zur Gesundheitsanalyse, Bd. XXXII, Hipe: Asgard* 2004.
- Braun B, Müller R. Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. *Pflege & Gesellschaft* 2005; 10 (3): 131–41.
- Bundesagentur für Arbeit. Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfteengpassanalyse Dezember 2014. Nürnberg.
- Bundesministerium des Innern (Hrsg). Demografiebericht. Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes. 2011; [http://www.bmi.bund.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Broschueren/2012/demografiebericht.pdf?sessionid=4EEE2AEDED5316ABF0E49BF53C39FF7.2\\_cid287?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmi.bund.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Broschueren/2012/demografiebericht.pdf?sessionid=4EEE2AEDED5316ABF0E49BF53C39FF7.2_cid287?__blob=publicationFile) (28. Juli 2015).
- Buxel H. Was Pflegekräfte unzufrieden macht. *Deutsches Ärzteblatt* 2011; 108 (17): 946–8.
- Dahlgaard K, Stratmeyer P. *Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus*. Neuwied 2006.
- DAK-BGW Gesundheitsreport. Stationäre Krankenpflege – Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems. Hamburg: Eigendruck 2005.
- DAK-BGW Gesundheitsreport. Ambulante Pflege – Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten. Hamburg: Eigendruck 2006.
- Estryn-Behar M, Nézet le O, Laine M, Pokorski J, Caillard JF. Körperliche Belastungen bei Pflegepersonal. In: Hasselhorn HM, Müller BH, Tackenberg P, Kümmerling A, Simon M. *Berufsaus-*

- stieg bei Pflegepersonal/Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Ü15, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 2005; 101–8.
- Flieder M. Was hält Krankenschwestern im Beruf? Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen in der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse 2002.
- Gebert A, Kneubühler HU. Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Plädoyer für ein gemeinsames Lernen. Bern: Huber 2003.
- Groß B. Die Zukunft pflegerischer Versorgung – welche Ausbildung braucht die Praxis? In: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg): Generalistische Ausbildung in der Pflege. Berlin 2014; 17–20. [http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Generalistische-Ausbildung-in-der-Pflege\\_2014.pdf](http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Generalistische-Ausbildung-in-der-Pflege_2014.pdf) (03. August 2015).
- Hackmann T. Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg 2009; 40.
- Hasselhorn HM, Tackenberg P, Büscher A et al. Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland. In: Hasselhorn, HM, Müller BH, Tackenberg P, Kümmerling A, Simon M. Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Ü15, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 2005; 135–46.
- Henze KH, Piechotta G. Brennpunkt Pflege – Beschreibung und Analyse von Belastungen des pflegerischen Alltags. Frankfurt: Mabuse 2004.
- Höhm U, Panfil EM, Stegmüller K, Krampe EM. BuBI: Berufseinmündungs- und -verbleibsstudie Hessischer PflegewirtInnen – eine Studie des Hessischen Instituts für Pflegeforschung (HessIP). Pflege & Gesellschaft 2008; 13 (3): 215–34.
- Höhm U. Voraussetzungen und Möglichkeiten berufs- und einrichtungsübergreifender Kooperation. in: Stemmer R. (Hrsg) Qualität in der Pflege – trotz knapper Ressourcen. Hannover 2009: 11–28.
- Höhm U. Zum Verhältnis von finanziellem Druck und professionellen Inhalten: Ungenutzte Gestaltungschancen bei der Qualitätsentwicklung in der stationären Altenpflege. In: Köhler-Offierski A, Edtbauer R et al. (Hrsg). Gestaltung und Rationalisierung. Band 6/2010 der Ev. Hochschulperspektiven. Freiburg: Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre 2010: 161–77.
- Höhm U, Schilder M, Metznerath A, Roloff M. Problemlösung oder Problemverschiebung? Nichtintendierte Effekte eines Gesundheitsförderungsprojektes für Pflegenden in der Klinik. Ergebnisausschnitte einer Evaluation. Pflege & Gesellschaft 2010; 15 (2): 108–25.
- Höhm U. Die Akademisierung der Pflege: Vom Bohren dicker Bretter. in: Palm R, Dichter M (Hrsg). Pflegewissenschaft in Deutschland – Errungenschaften und Herausforderungen. Bern: Huber 2013; 316–24.
- Höhm U. Die Pflegedokumentation in der stationären Altenpflege: Paradoxe Sicherheiten. In: Hoch H, Zoche P (Hrsg) Sicherheiten und Unsicherheiten – Soziologische Beiträge. Zivile Sicherheit Band 8, Berlin: Lit Verlag 2014; 235–56
- HWP Planungsgesellschaft. Zukunft für das Krankenhaus. Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung der Krankenhausorganisation. Stuttgart 2007. [http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Studie\\_Zukunft\\_Krankenhaus\\_Kurzversion.pdf](http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Studie_Zukunft_Krankenhaus_Kurzversion.pdf). (13. Oktober 2015).
- Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur. Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Zentrale Studienergebnisse im Überblick. Frankfurt 2009. <http://www.iwak-frankfurt.de/projansprech/Berufsverbleib.htm> (15. Mai 2015).
- Isfort M, Weidner F. Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) (Hrsg) 2007. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>.
- Isfort, M, Weidner F. Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) (Hrsg) 2009. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>.
- Kleinknecht-Dolf M, Spichiger E, Frei JA, Müller M, Martin JS, Spirig R. Monitoring von Pflegekontextfaktoren – Erste deskriptive Studienresultate einer Querschnittserhebung der schweizeri-

schen DRG Begleitforschung Pflege vor Einführung der Swiss DRG. *Pflege* 2015; 28 (2): 93–107.

Krech V. Religiöse Programmatik und diakonisches Handeln. In: Gabriel K. (Hrsg). Herausforderungen kirchlicher Wohlfahrtsverbände – Perspektiven im Spannungsfeld von Wertbindung, Ökonomie und Politik. Berlin 2011; 91–105.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg). *PflegeWert. Wertschätzung erkennen – fördern – erleben*. Köln 2012.

Metz AM, Kunze D, Hamann L, Gehlthomholt E, Urbach T. Demografischer Wandel in der Pflege – Konzepte für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften. Machbarkeitsstudie im Rahmen des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) 2010.

Nolting HD, Grabbe Y, Genz H, Kordt M. Beschäftigtenfluktuation bei Pflegenden: Ein Vergleich der Bedeutung von arbeitsteiligem Stress, organisationalen und individuellen Faktoren für die Absicht zum Berufswechsel und zum innerberuflichen Arbeitsplatzwechsel. *Pflege* 2006; 19: 108–15.

Osterloh F. Krankenhausreform: Einstieg in den Strukturwandel. *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111 (50): A-2200/B-1864/C-1784.

Picker Institut. *Picker Report 2015*. Hamburg 2015.

Pschichholz B, Kunze M, Thoma J, Feuchtinger J. Beschäftigungssicherung Pflegenden 60+. Pilot Silver Nurse am Universitätsklinikum Freiburg. *Pflegewissenschaft* 2015; 6: 345–53.

Radkiewicz P, Widerszahl-Bazyl M, Halszka O, Camerino D. Affektivität als individueller Einflussfaktor für die Absicht, den Beruf zu verlassen. In: Hasselhorn HM, Müller BH, Tackenberg P, Kümmerling A, Simon M. Berufsausstieg bei Pflegepersonal/ Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Ü15, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund: Wirtschaftsverlag NW 2005; 69–74.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Kurzfassung). Bonn 2007. [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung\\_2007.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf) (02. August 2015).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2011): Herausforderungen des demografischen Wandels. Expertise im Auftrag der Bundesregierung. Berlin 2011. [http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/Expertisen/2011/expertise\\_2011-demografischer-wandel.pdf](http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/Expertisen/2011/expertise_2011-demografischer-wandel.pdf) (28. Juli 2015).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung – Sondergutachten (Kurzfassung). Berlin 2012. [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2012/GA2012\\_Kurzfassung.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf) (28. Juli 2015).

Schön DA. *The Reflective Practitioner. How Professionals think in Action*. New York: Basic Books 1983.

Schulz E. Pflegemarkt: Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegengewirkt werden. *DWI Wochenbericht* 2012; 51/52: 3–17.

Sennett R. *Die Kultur des Neuen Kapitalismus*. Berlin 2005.

Simon M, Tackenberg P, Hasselhorn HM, Kümmerling A, Büscher A, Müller BH. Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal 2005. <http://www.next.uni-wuppertal.de>.

Simon M. Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen: Eine Analyse der Entwicklungstrends im Zeitraum 1999 bis 2009. *Pflege & Gesellschaft* 2011; 16 (4): 339–71.

Spelzer J, Höhmann U. Leitbilder Konfessioneller und privater Kliniken: Wer verspricht was? *Pflegen* 2012; 4: 24–7.

Stöcker G. Generalistische Ausbildung in der Perspektive Europa. In: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg). *Generalistische Ausbildung in der Pflege*. Berlin 2014; 11–3. [http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Generalistische-Ausbildung-in-der-Pflege\\_2014.pdf](http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Generalistische-Ausbildung-in-der-Pflege_2014.pdf) (03. August 2015).

- Stordeur D, D'hoore W, van de Heijden B, Di Bisceglie M, Marjukka L, von der Schoot E. Führungsqualität, Arbeitszufriedenheit und berufliche Bindung von Pflegekräften. In: Hasselhorn HM, Müller BH, Tackenberg P, Kümmerling A, Simon M. Berufsausstieg bei Pflegepersonal/Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Ü 15, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 2005; 30–48.
- van der Schoot E, Halszka O, Estry-Behar M. Burnout im Pflegeberuf in Europa. In: Hasselhorn, HM, Müller BH, Tackenberg P, Kümmerling A, Simon M. Berufsausstieg bei Pflegepersonal/Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Ü15, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 2005; 57–62.
- Voswinkel S. Bewunderung ohne Würdigung? Paradoxien der Anerkennung doppelt subjektivierter Arbeit. In: Honneth A (Hrsg). Befreiung aus der Mündigkeit. Frankfurt 2002; 65–92.
- Walgenbach P. Institutionalistische Ansätze in der Organisationstheorie. In: Kieser A (Hrsg) Organisationstheorien. Stuttgart 2007; 269–94.
- Wenderlein UF. Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten bei Pflegekräften – Vorschläge zur Verbesserung für alle Krankenhäuser. Melsungen: Bibliomed 2005.
- Wüthrich HA, Osmetz D, Kaduk S. Musterbrecher. Wiesbaden: Gabler 2009, 3. Auflage.
- Zander B, Busse R. Das Arbeitsumfeld als (Qualitäts-)Indikator für Patienten- und Pflegeergebnisse. In: Bechtel P, Smerdka-Arhelger J. (Hrsg). Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe. Berlin/Heidelberg: Springer 2012; 109–22.

This page intentionally left blank

# 6 Die Entlohnung von Pflegekräften – große Unterschiede zwischen Berufen und Regionen

Dieter Bogai, Holger Seibert und Doris Wiethölter

## Abstract

Obwohl Pflegekräfte seit langem am Arbeitsmarkt stark gefragt sind, reagieren die Löhne kaum auf diese Situation. Neben dem unterdurchschnittlichen Lohnwachstum ist festzustellen, dass die Löhne in den Pflegeberufen regional erheblich variieren. Im Zentrum dieses Beitrags steht die Entlohnung von Pflegekräften in den Bundesländern, die für Fachkräfte und Helfer in der Kranken- und in der Altenpflege untersucht wird. Insgesamt lässt sich festhalten, dass examinierte Altenpflegekräfte in Deutschland im Schnitt etwa ein Fünftel weniger als Fachkräfte in der Krankenpflege verdienen. Die Studie zeigt starke Verdienstunterschiede im gleichen Pflegeberuf zwischen den Bundesländern sowie zwischen Pflegeeinrichtungen. Darüber hinaus ergibt sich kein einheitliches Bild der Verdienste im Verhältnis zum allgemeinen Lohnniveau von Fachkräften bzw. Helfern oder anderen vergleichbaren Berufsgruppen in den 16 Bundesländern. Abschließend werden die Gründe für die Lohnunterschiede diskutiert und betont, dass höhere Löhne in der Altenpflege nicht nur zur Linderung von Fachkräftengpässen, sondern auch zur Stärkung der gesellschaftlichen Anerkennung eines überaus verantwortungs- und anspruchsvollen Berufs beitragen.

Although nurses have long been in high demand on the labour market, wages have not increased at a rate which reflects this demand. In addition to their below-average growth, wages in the nursing profession vary considerably across regions in Germany. The salaries of nurses in the German states are examined for trained hospital nurses and geriatric nurses as well as for assistants in these professions. Overall it can be concluded that caregivers for the elderly in Germany earn on average about one fifth less than professionals in nursing. The study demonstrates huge regional differences in earnings within the same nursing profession as well as between different care facilities. Moreover, there is no clear correlation between the level of wages within these nursing professions and overall wage levels for comparable professions across the 16 federal states. Finally, the reasons for the pay gap are discussed, emphasizing that higher wages in geriatric care not only help to alleviate a labour-shortage in these occupations, but also strengthen the social recognition of what is a highly responsible and demanding profession.

## 6.1 Einleitung

Die professionelle Pflege älterer Menschen gewinnt bereits seit geraumer Zeit erheblich an Bedeutung. Angesichts der demografischen Entwicklung wird die Zahl der Pflegebedürftigen weiter deutlich zunehmen. Gleichzeitig ist kaum damit zu rechnen, dass das Angebot an Pflegekräften hinreichend ausgeweitet werden kann, wodurch wachsende Arbeitskräfteengpässe im Pflegesektor absehbar sind (Bogai 2014).

Bereits heute deuten Indikatoren wie Laufzeit von Vakanzen und Stellensituation auf einen Fachkräfteengpass in Pflegeberufen hin. So waren im Juni 2015 Stellenangebote für examinierte Altenpflegefachkräfte und -spezialisten im Bundesdurchschnitt 123 Tage vakant (+50% gegenüber insgesamt). 100 gemeldeten Stellen (außerhalb der Zeitarbeit) standen rechnerisch 46 Arbeitslose gegenüber (Bundesagentur für Arbeit 2015). Die angespannte Fachkräftesituation besteht bereits seit Jahren. Unter diesen Bedingungen wäre zu erwarten, dass die Entlohnung der knapper werdenden Arbeitskräfte überdurchschnittlich steigen sollte. Dies ist aber nicht der Fall. Der Lohnzuwachs in den Pflegeberufen war geringer als die allgemeine Lohnentwicklung und glich damit noch nicht einmal den Anstieg des Preisniveaus aus (IAW 2011).

Neben dem unterdurchschnittlichen Lohnwachstum ist festzustellen, dass die Löhne in den Pflegeberufen regional erheblich variieren. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass in Deutschland generell deutliche regionale Lohnunterschiede bestehen, die durch entsprechende regionale Preisunterschiede allenfalls teilweise ausgeglichen werden. Dies liegt vor allem an der unterschiedlichen Wirtschaftskraft und Arbeitsmarktsituation in den verschiedenen Regionen.

Im Zentrum dieses Beitrags steht die Entlohnung von Pflegekräften in den Bundesländern. Es wird dabei zugleich untersucht, ob ähnliche regionale Lohnunterschiede wie bei den sonstigen Beschäftigten bestehen oder ob die Pflegeberufe hier eine Ausnahme darstellen. Zudem wird die Entlohnung von Pflegekräften in den verschiedenen Pflegeeinrichtungen dargestellt. Abschließend werden die wesentlichen Gründe für die Entlohnungsunterschiede in den Pflegeberufen diskutiert.

## 6.2 Datengrundlage

Die Entlohnung der Pflegekräfte wird in dieser Untersuchung durch die Bruttoarbeitsentgelte ermittelt, die im Meldeverfahren zur Sozialversicherung erhoben werden, d. h. die Angaben entsprechen den tatsächlichen Zahlungen der Arbeitgeber. Neben der Repräsentativität für sozialversicherungspflichtige Beschäftigte haben die Entgeltdaten einen weiteren Vorzug: Mit der Einführung der Klassifizierung der Berufe 2010 (KldB 2010) im Jahr 2012 liegen in der Beschäftigungsstatistik erstmals detaillierte Informationen für die Altenpfleger vor, die neben den Krankenpflegern die Grundlage der Untersuchung bilden.

In der KldB 2010 können zudem berufliche Tätigkeiten nicht nur nach ihrer inhaltlichen Ausrichtung, sondern auch nach ihrem Anforderungsniveau unterschieden werden – also nach der Komplexität der jeweiligen Tätigkeit und damit auch

Tabelle 6–1

**Beschäftigte in den untersuchten Pflegeberufen am 31.12.2013**

Berufsgattung (Kennziffer laut Klassifizierung der Berufe 2010)	Beschäftigte insgesamt	darunter:			
		in Vollzeit	in Teilzeit*	in Vollzeit mit Entgeltangabe (Personenauswahl für die Entgeltanalyse)	
		Fallzahl			in Prozent an allen Beschäftigten
Fachkräfte in der Krankenpflege (81302)	576 842	293 378	283 464	290 168	50
Fachkräfte in der Altenpflege (82102)	219 246	103 151	116 095	101 934	46
Helfer in der Krankenpflege (81301)	125 803	48 756	77 047	48 057	38
Helfer in der Altenpflege (82101)	192 112	56 210	135 902	55 463	29
<b>Summe Fachkräfte und Helfer</b>	<b>1 114 003</b>	<b>501 495</b>	<b>612 508</b>	<b>495 622</b>	<b>44</b>

\* Im Meldeverfahren zur Sozialversicherung zählen Beschäftigte bereits dann als Teilzeitbeschäftigte, wenn ihre Arbeitszeit unterhalb der tariflich bzw. betrieblich festgelegten Regelarbeitszeit liegt (Bundesagentur für Arbeit 2013, S. 13).

Anm.: Daten vor der Revision der Beschäftigungsstatistik

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit

Pflege-Report 2016

WlD0

danach, welche Art von Ausbildung für die Ausübung in der Regel notwendig ist. Helfer führen einfache, wenig komplexe (Routine-)Tätigkeiten aus, für die kein formaler beruflicher Bildungsabschluss oder eine einjährige (geregelte) Berufsausbildung erforderlich ist. Fachkräfte verfügen über fundierte Fachkenntnisse und Fertigkeiten und überwiegend über den Abschluss einer dreijährigen Ausbildung oder eine vergleichbare Qualifikation. Spezialisten haben Spezialkenntnisse und -fertigkeiten, üben gehobene Fach- und Führungsaufgaben aus, für die in der Regel ein Fachschul- oder Hochschulabschluss erforderlich ist.

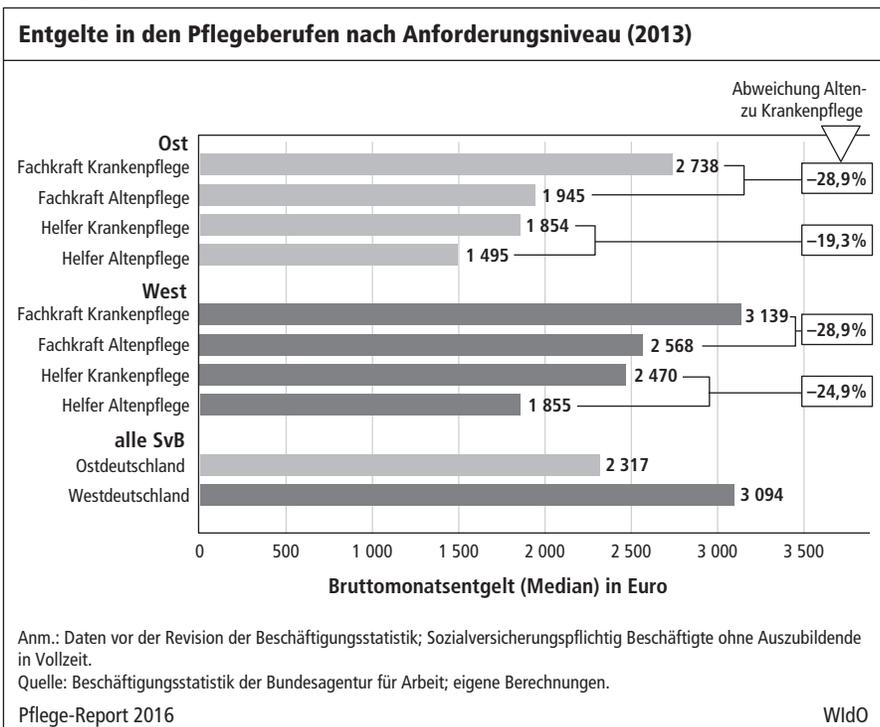
Die Entlohnungsvergleiche basieren auf dem Entgeltmedian, der von den Beschäftigten in den verschiedenen Berufen erzielt wird. Der Median ist der Wert, der genau in der Mitte aller Einzelentgelte liegt. 50 % der Beschäftigten verdienen mehr als den Medianlohn, die anderen 50 % weniger. Da in der Beschäftigungsstatistik lediglich nach Voll- und Teilzeitkräften differenziert, nicht aber der Stundenumfang der Arbeitszeit erfasst wird, beschränken sich belastbare Entgeltanalysen auf die Vollzeitbeschäftigten (ohne Auszubildende). Das bedeutet jedoch, dass nur 44 % aller in der Pflege beschäftigten Fachkräfte und Helfer in die Analysen einfließen. Insgesamt konnten die Daten von über 390 000 Fachkräften und mehr als 100 000 Helfern in den Pflegeberufen ausgewertet werden (Tabelle 6–1). Die gemeldeten Bruttoentgeltangaben umfassen sämtliche Einnahmen der Beschäftigten, einschließlich Sonderzahlungen, Schichtzuschlägen und sonstigen Zulagen.

### 6.3 Entgeltunterschiede zwischen Pflegeberufen und Ost-West-Diskrepanz

Eines der wichtigsten Ergebnisse dieser Untersuchung ist der starke Lohnunterschied zwischen Alten- und Krankenpflegern. In Deutschland liegt der monatliche Medianverdienst einer examinierten Altenpflegekraft bei 2441 €, das sind 600 € bzw. ein Fünftel weniger als das Bruttomonatsentgelt einer Fachkraft in der Krankenpflege. Der Verdienstnachteil der Helfer in der Altenpflege gegenüber denjenigen in der Krankenpflege entspricht im Mittel auch genau diesem Betrag (600 €) und beträgt anteilig sogar über ein Viertel.

Auch fast 25 Jahre nach der Wiedervereinigung prägen noch immer erhebliche Ost-West-Unterschiede die Entlohnung. Dies gilt auch für die Pflegekräfte. Zunächst lässt sich festhalten, dass das mittlere Bruttoentgelt der Fachkräfte in der Altenpflege in den östlichen Bundesländern mit 1945 € immer noch deutlich – nämlich um ein Viertel – unter demjenigen in Westdeutschland (2568 €) liegt (Abbildung 6–1). Dagegen erhalten Fachkräfte in der Krankenpflege dort im Mittel 12,8% geringere Bezüge als im Westen. Auf der Ebene der Helferberufe sind ebenfalls nennenswerte Unterschiede festzustellen: Die Helfer in der Altenpflege verdienen im Mittel im Osten ein Fünftel weniger als im Westen, Krankenpflegehelfer sogar ein Viertel weniger.

Abbildung 6–1



Auch die Lohnabstände zwischen der Alten- und Krankenpflege sind in beiden Landesteilen unterschiedlich. So verdienen Fachkräfte in der Altenpflege in Ostdeutschland 29% weniger als Krankenpfleger, in Westdeutschland sind es 18,2% (Abbildung 6–1). Bei den Helfern ist der Entgeltunterschied zwischen der Alten- und Krankenpflege dagegen in den östlichen (19,3%) geringer als in den westlichen Bundesländern (24,9%).

## 6.4 Entgeltunterschiede zwischen den Bundesländern

# 6

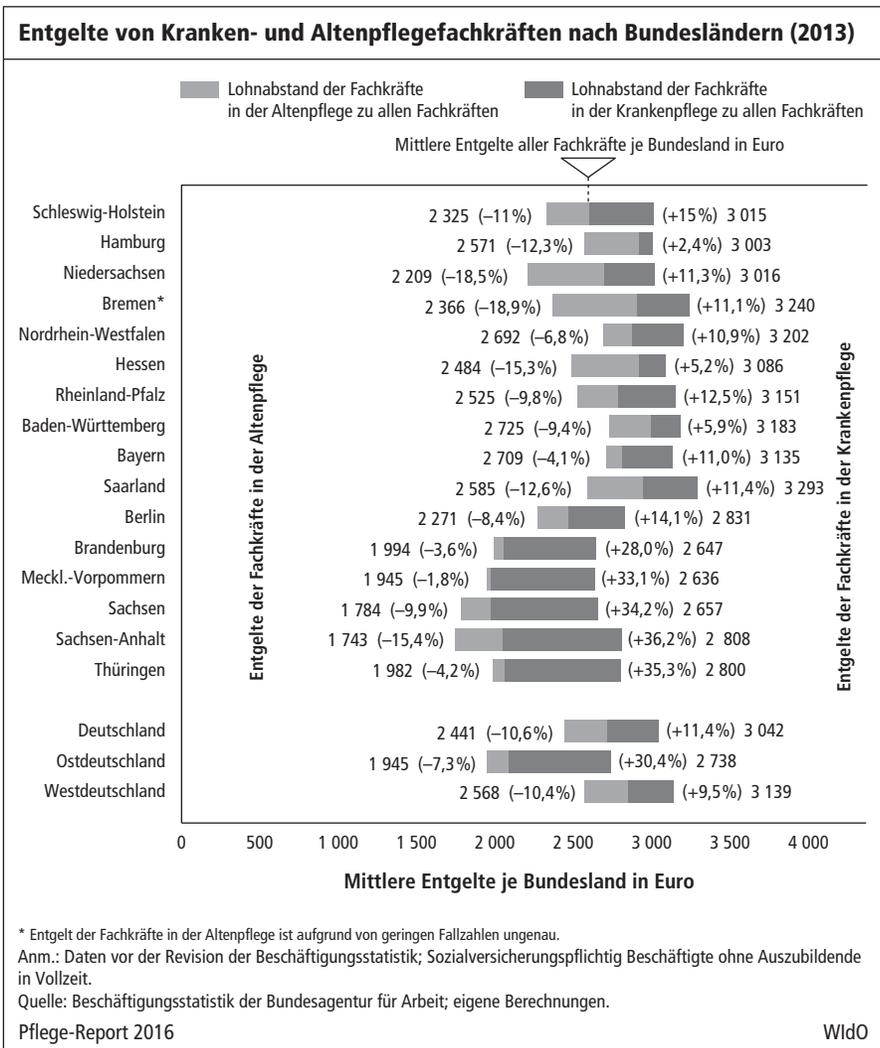
Bemerkenswert sind die Entlohnungsunterschiede im gleichen Pflegeberuf zwischen den Bundesländern: Examierte Altenpfleger verdienen in Sachsen und Sachsen-Anhalt rd. 1 000 € brutto weniger als in Baden-Württemberg und in Bayern. Insgesamt beträgt der Ost-West-Lohnunterschied gut 600 €. Bei den Fachkräften in der Krankenpflege sind die Differenzen zwischen den Bundesländern nicht so hoch; sie erreichen maximal rd. 660 € zwischen dem Saarland und Mecklenburg-Vorpommern. Die Medianlöhne der Fachkräfte in der Krankenpflege differieren auch deutlich weniger zwischen Ost (2 738 €) und West (3 139 €).

Im Bundesländervergleich variieren die Entgeltunterschiede zwischen den Fachkräften in der Gesundheits- und Altenpflege deutlich. Die examinierten Altenpfleger verdienen in Sachsen-Anhalt und Sachsen erheblich weniger als die Krankenpfleger. Ihr Bruttogehalt von knapp 1 800 € liegt bis zu 38% niedriger als das mittlere Entgelt der Krankenpfleger in den beiden Bundesländern (Abbildung 6–2). Aber nicht in allen Bundesländern ist der Verdienstunterschied derart stark: In Hamburg, Bayern und Baden-Württemberg befinden sich die Löhne der Altenpflegefachkräfte im Schnitt 14% unter dem Niveau der Krankenpfleger.

Die Helfer in der Altenpflege schneiden beim Verdienstvergleich mit den Helfern in den Gesundheits- und Sozialberufen am schlechtesten ab. Im Mittel liegt ihr Monatsentgelt in Deutschland bei 1 741 €. Die Verdienste der Altenpflegehelfer weisen allerdings eine sehr große Bandbreite zwischen knapp 1 400 € (in Sachsen bzw. Sachsen-Anhalt) und 2 092 € (in Nordrhein-Westfalen) auf, was einem maximalen Lohnunterschied von fast 50% entspricht (Abbildung 6–3).

Auch bei den Helfern in der Krankenpflege sind die Verdienstunterschiede zwischen den Bundesländern beträchtlich. In Sachsen liegt der Bruttomonatsverdienst um 850 € niedriger als in Nordrhein-Westfalen. Das Verhältnis der Entlohnung in den beiden Pflegehelferberufen ist in den Bundesländern höchst unterschiedlich. Während im Rheinland-Pfalz die Verdienste der Helfer in der Altenpflege 32,5% niedriger ausfallen als die Bezüge von Krankenpflegehelfern, sind es in Berlin lediglich 13,2%.

Abbildung 6–2

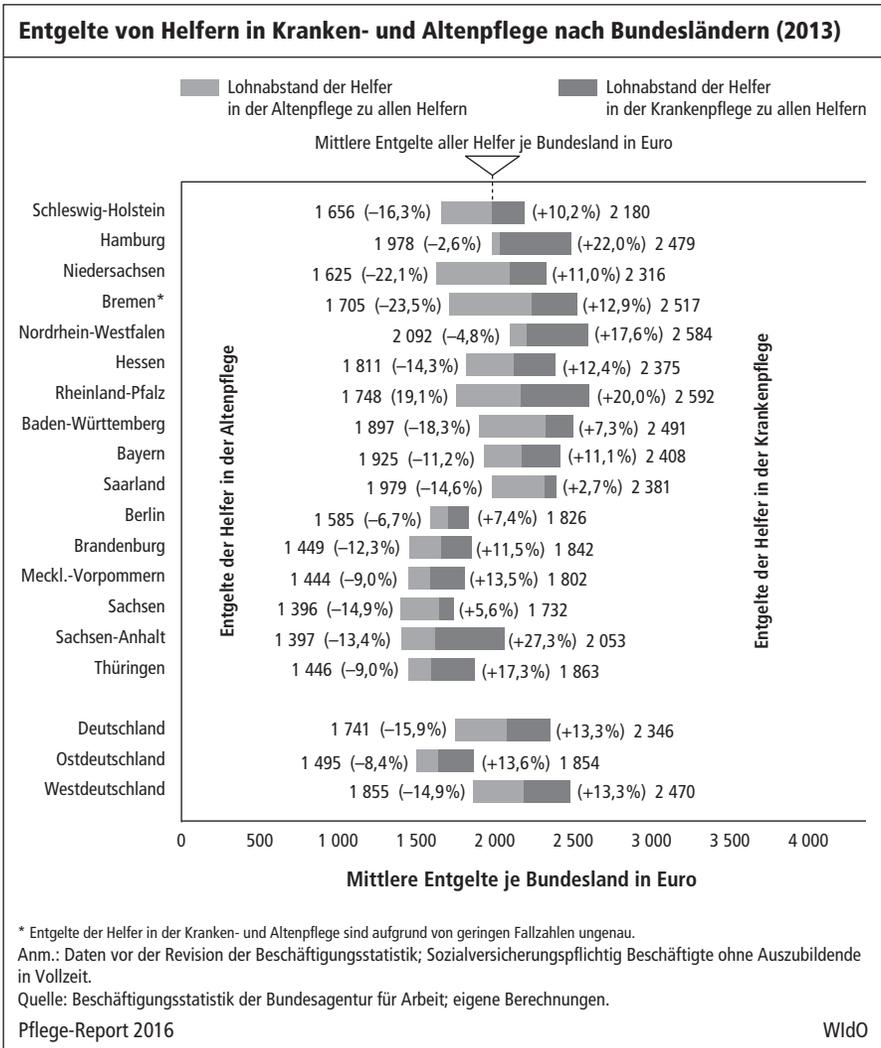


## 6.5 Pflegelöhne im Vergleich zu anderen Berufsgruppen

Wichtig ist zur Beurteilung der Entlohnung von Pflegekräften zudem, wie sich ihre Verdienste in das allgemeine Lohnniveau der Fachkräfte bzw. der Helfer im jeweiligen Bundesland einfügen. Weitere Anhaltspunkte liefern die Entgelte in den ähnlich weiblich geprägten Sozial- und Erziehungsberufen bzw. diejenigen in den männlich dominierten Handwerksberufen.

Zunächst ist festzuhalten, dass die Bezugsgröße dieses Vergleichs – also das allgemeine Lohnniveau der Fachkräfte bzw. Helfer in einem Bundesland – von der regionalen Wirtschaftsstruktur bestimmt wird, insbesondere davon, ob hochproduktive

Abbildung 6–3



Branchen wie Maschinenbau, Elektro- und Chemieindustrie oder andere forschungs- und wissensintensive Branchen vorhanden sind. Dies betrifft das Lohnniveau der Fachkräfte und in noch stärkerem Maße das der Helfer in einzelnen westdeutschen Bundesländern, die in der Industrie weit überdurchschnittlich entlohnt werden.

Innerhalb Westdeutschlands ist bei den Fachkräften über alle Branchen hinweg in Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz ein unterdurchschnittliches Entgeltelniveau zu beobachten. Innerhalb Ostdeutschlands sind die Unterschiede deutlich geringer (Tabelle 6–2). Bei den Helfern fallen die Lohnunterschiede zwischen den Bundesländern besonders stark aus. In Baden-Württemberg, Bremen und dem Saarland liegen die Löhne der Helfer, die häufig in der hochproduktiven

Tabelle 6–2

**Monatliche Median-Bruttoentgelte der Fachkräfte in den Pflegeberufen und ausgewählten Vergleichsgruppen (in Euro, 2013)**

	Gesundheits- u. Kranken- pflege (o. S.)	Alten- pflege (o. S.)	Berufs- bereich Bau (3)	Berufsbereich Gesundheit/ Soziales (8)	Alle Fach- kräfte	Alle Beschäf- tigten*
01 Schleswig-Holstein	3 015	2 325	2 672	2 430	2 612	2 740
02 Hamburg	3 003	2 571	2 845	2 551	2 932	3 380
03 Niedersachsen	3 016	2 209	2 737	2 340	2 710	2 876
04 Bremen**	3 240	2 366	2 796	2 521	2 917	3 221
05 Nordrhein-Westfalen	3 202	2 692	2 827	2 640	2 888	3 086
06 Hessen	3 086	2 484	2 743	2 609	2 934	3 244
07 Rheinland-Pfalz	3 151	2 525	2 726	2 651	2 801	2 950
08 Baden-Württemberg	3 183	2 725	2 871	2 661	3 006	3 270
09 Bayern	3 135	2 709	2 783	2 551	2 824	3 075
10 Saarland	3 293	2 585	2 802	2 703	2 956	3 081
11 Berlin	2 831	2 271	2 227	2 439	2 480	2 816
12 Brandenburg	2 647	1 994	2 015	2 150	2 067	2 240
13 Mecklenburg- Vorpommern	2 636	1 945	1 991	2 083	1 980	2 138
14 Sachsen	2 657	1 784	1 929	1 984	1 980	2 190
15 Sachsen-Anhalt	2 808	1 743	2 029	2 044	2 061	2 235
16 Thüringen	2 800	1 982	2 052	2 222	2 069	2 181
<b>Deutschland</b>	<b>3 042</b>	<b>2 441</b>	<b>2 636</b>	<b>2 509</b>	<b>2 731</b>	<b>2 960</b>
Ostdeutschland	2 738	1 945	2 016	2 182	2 099	2 317
Westdeutschland	3 139	2 568	2 790	2 584	2 865	3 094

\* Beschäftigte insgesamt über alle Anforderungsniveaus hinweg

\*\* Für Bremen sind die Entgeltangaben zu den Fachkräften in der Altenpflege aufgrund von zu geringen Fallzahlen unscharf.

Anm.: Daten vor der Revision der Beschäftigungsstatistik; Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende in Vollzeit; o. S. = ohne Spezialisierung; Berufsbereich 3: Bau, Architektur, Vermessung und Gebäudetechnik; Berufsbereich 8: Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit

Pflege-Report 2016

WIdO

Industrie beschäftigt sind, über dem westdeutschen Durchschnitt, in Hamburg und Schleswig-Holstein dagegen deutlich darunter.

Mit Blick auf die unterschiedliche Verdienstsituation der Pflegebeschäftigten in den Bundesländern lässt sich zunächst zeigen, dass die examinierten Krankenpfleger in allen Bundesländern überdurchschnittlich entlohnt werden. Die Vergütung von Fachkräften in der Krankenpflege übertrifft in den neuen Bundesländern das vergleichsweise niedrige Entgeltniveau aller Fachkräfte um rund ein Drittel. In den alten Bundesländern verdienen examinierte Gesundheitspfleger zwischen 2,4% (Hamburg) und 15,4% (Schleswig-Holstein) mehr als alle Fachkräfte in den jeweiligen Bundesländern.

Fachkräfte in der Altenpflege beziehen in den Bundesländern Niedersachsen und Hessen ein um mehr als 15% geringeres mittleres Bruttoentgelt als alle Fachkräfte. Dagegen entspricht die Vergütung der Altenpflegefachkräfte in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern dem ohnehin niedrigen Verdienstniveau in diesen strukturschwachen Bundesländern. In dem ostdeutschen Bundesland Sachsen-Anhalt mit ähnlich geringem Lohnniveau liegt die Entlohnung der Pflegefachkräfte nochmals niedriger.

Die Entgelte in Sozial- und Erziehungsberufen entsprechen in Westdeutschland den Löhnen von Pflegebeschäftigten, in Ostdeutschland liegen die der Pflegefachkräfte rd. 11% darunter. Zieht man die Verdienste von Fachkräften im Handwerk,

Tabelle 6–3

### Monatliche Bruttoentgelte der Helfer in den Pflegeberufen und ausgewählten Vergleichsgruppen (in Euro, 2013)

	Gesundheits- u. Kranken- pflege (o. S)	Alten- pflege (o. S.)	Berufs- bereich Bau (3)	Berufsbereich Gesundheit/ Soziales (8)	Alle Helfer	Alle Beschäftigten*
01 Schleswig-Holstein	2 180	1 656	2 359	1 764	1 978	2 740
02 Hamburg	2 479	1 978	2 463	2 096	2 031	3 380
03 Niedersachsen	2 316	1 625	2 320	1 727	2 086	2 876
04 Bremen**	2 517	1 705	2 232	2 038	2 229	3 221
05 Nordrhein-Westfalen	2 584	2 092	2 411	2 229	2 197	3 086
06 Hessen	2 375	1 811	2 183	2 015	2 114	3 244
07 Rheinland-Pfalz	2 592	1 748	2 405	2 082	2 160	2 950
08 Baden-Württemberg	2 491	1 897	2 380	2 054	2 321	3 270
09 Bayern	2 408	1 925	2 361	2 094	2 167	3 075
10 Saarland**	2 381	1 979	2 347	2 066	2 317	3 081
11 Berlin	1 826	1 585	2 010	1 620	1 699	2 816
12 Brandenburg	1 842	1 449	1 847	1 584	1 652	2 240
13 Mecklenburg- Vorpommern	1 802	1 444	1 864	1 574	1 587	2 138
14 Sachsen	1 732	1 396	1 838	1 493	1 640	2 190
15 Sachsen-Anhalt	2 053	1 397	1 879	1 592	1 613	2 235
16 Thüringen	1 863	1 446	1 917	1 630	1 589	2 181
<b>Deutschland</b>	<b>2 346</b>	<b>1 741</b>	<b>2 249</b>	<b>1 945</b>	<b>2 070</b>	<b>2 960</b>
Ostdeutschland	1 854	1 495	1 878	1 592	1 632	2 317
Westdeutschland	2 470	1 855	2 359	2 055	2 179	3 094

\* Beschäftigte insgesamt über alle Anforderungsniveaus hinweg

\*\* Für Bremen und Saarland sind die Entgeltangaben zu den Helfern in der Kranken- und Altenpflege aufgrund von zu geringen Fallzahlen unscharf.

Anm.: Daten vor der Revision der Beschäftigungsstatistik; Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende in Vollzeit; o. S. = ohne Spezialisierung; Berufsbereich 3: Bau, Architektur, Vermessung und Gebäudetechnik; Berufsbereich 8: Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit

das ebenso wie die Pflege auf die lokale Nachfrage ausgerichtet ist, als Maßstab heran, gilt Folgendes: Es treten wiederum West-Ost-Unterschiede auf, wobei Sachsen-Anhalt erneut mit einer Lohneinbuße von 14% einen Sonderfall darstellt. Pflegefachkräfte verdienen vor allem im Westen der Republik und dort in Niedersachsen und Schleswig-Holstein deutlich weniger als alle Fachkräfte im Handwerk (West insgesamt 8% weniger), während sie in Ostdeutschland einen um 3,5% geringeren Lohn beziehen.

Die Helfer in der Krankenpflege werden in der Regel besser entlohnt als alle im jeweiligen Bundesland beschäftigten Helfer (Tabelle 6–3). Allerdings ist der Abstand in Sachsen sehr gering, in Hamburg und Sachsen-Anhalt dagegen liegt er bei rund einem Viertel.

Wie bereits erwähnt beziehen Helfer in der Altenpflege im Vergleich die geringsten Löhne. Im Mittel liegt ihr Monatsentgelt bei 1 741 € und damit um rd. ein Sechstel niedriger als der Verdienst aller beschäftigten Helfer in Deutschland. In den Bundesländern bestehen jedoch große Unterschiede: Während in Hamburg der Lohnrückstand lediglich 2,6% beträgt, liegt er in Niedersachsen oder Rheinland-Pfalz bei 22,1% bzw. 19,1%.

Eine mögliche Ursache für die Entlohnungsunterschiede im Helferbereich könnten die unterschiedlichen Ausbildungsdauern der Helfer in der Altenpflege sein, die zwischen einem mehrwöchigen Kurs und einer zweijährigen Ausbildung liegen. Diese Differenzen dürften verdienstrelevant ein, können aber in den Auswertungen nicht explizit berücksichtigt werden.

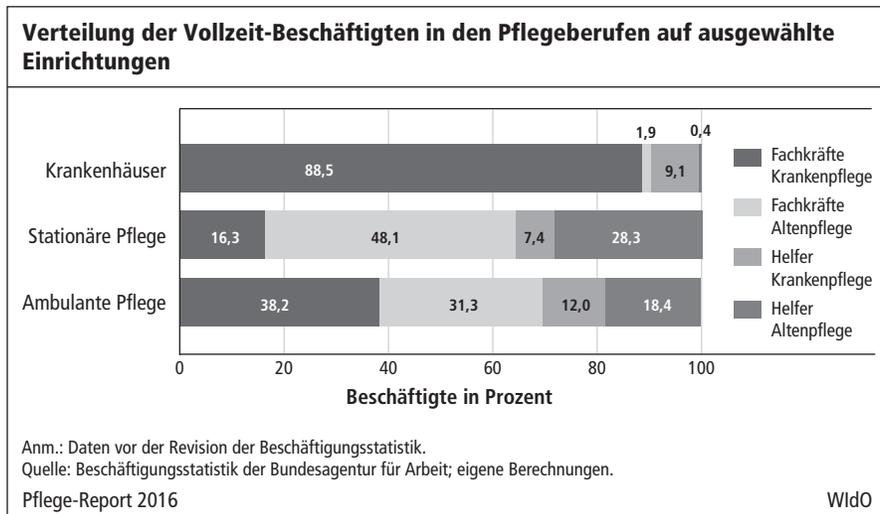
## 6.6 Entgeltvergleiche zwischen Krankenhäusern, stationärer und ambulanter Pflege

Ein weiterer Einflussfaktor auf die Lohndifferenzen bildet die Pflegeeinrichtung, in der die Pflegekraft beschäftigt ist. Zunächst sind die unterschiedlichen Anteile der ausgewählten Berufsgruppen in Krankenhäusern sowie der stationären und ambulanten Pflege zu berücksichtigen. In den Krankenhäusern sind überwiegend Krankenpfleger tätig. In der stationären Pflege dominieren die Altenpfleger, in der ambulanten Pflege ist das Verhältnis ausgeglichener (Abbildung 6–4).

Die Auswertungen der Beschäftigungsstatistik kommen zu dem Ergebnis, dass die Medianentgelte der Pflegekräfte je nach Einrichtung deutlich divergieren. In den Krankenhäusern wird das Pflegepersonal – sowohl Krankenpfleger als auch Altenpfleger – mit Abstand am besten entlohnt. Dies gilt für die Fachkräfte wie für die Helfer und in allen Bundesländern. Dabei fallen die Verdienstabstände bei den Beschäftigten in der Krankenpflege in der stationären und ambulanten Pflege im Vergleich zu den Verdiensten in den Krankenhäusern höher aus als bei den Altenpflegern.

Die Fachkräfte in der Krankenpflege verdienen in stationären Pflegeeinrichtungen 20% und in ambulanten Diensten fast 30% weniger als in Krankenhäusern (Tabelle 6–4). Diese erheblichen Entgeltunterschiede sind in Ostdeutschland noch ausgeprägter (ambulante Pflege: 33,6%; stationäre Pflege: 27,0%). Für Helfer in der Krankenpflege gelten ähnliche Entgeltmuster, allerdings sind hier die Verdiensts-

Abbildung 6–4



te in der ambulanten Pflege gleichermaßen in Ost wie West deutlich geringer (Ost: –34 %, West: –31,3 %). In den stationären Pflegeeinrichtungen wird diese Berufsgruppe in Ostdeutschland um gut ein Viertel und in den alten Ländern um 11,2 % geringer entlohnt als in Krankenhäusern.

Im Vergleich zu den Krankenhäusern erhalten Fachkräfte und Helfer in der Altenpflege in stationären Pflegeeinrichtungen jeweils um gut 11 % geringere Bezüge. Zudem besteht wiederum ein Ost-West-Unterschied. Während sich im Osten die Verdienste für Helfer in der Altenpflege in stationären Pflegeeinrichtungen von denen in Krankenhäusern kaum unterscheiden, verdienen sie in den westlichen Ländern rd. 11 % weniger. Wenn Helfer in der Altenpflege bei ambulanten Diensten arbeiten, sind ihre Entgelte gegenüber ihren Verdienstmöglichkeiten in Krankenhäusern besonders in Westdeutschland mit fast einem Fünftel deutlich niedriger.

## 6.7 Entlohnungsunterschiede zwischen Männern und Frauen

Als letzter Aspekt wird die Entlohnung nach dem Geschlecht in den Pflegeberufen untersucht, die zu gut 80 % von Frauen ausgeübt werden. Dabei zeigt sich, dass bei den Krankenpflegern ein größerer Lohnunterschied zwischen Frauen und Männern als bei den Altenpflegern besteht (Tabelle 6–5). Die Unterschiede sind bei den Fachkräften in der Krankenpflege (9,4 %) etwa doppelt so hoch wie bei denen in der Altenpflege (4,5 %). Bei den Helfern ist die Relation zwischen den beiden Berufen noch etwas größer (Krankenpfleger 9,2 % vs. Altenpflege 3,6 %).

Bemerkenswert ist, dass in Ostdeutschland weibliche und männliche Fachkräfte in der Krankenpflege im Schnitt gleich viel verdienen. Im Westen der Republik sind

Tabelle 6–4

**Monatliche Bruttoentgelte in den Pflegeberufen\* in ausgewählten Einrichtungen des Gesundheitswesens (in Euro, 2013)**

	Gesundheits- u. Kranken- pflege (o. S.)	Alten- pflege (o. S.)	Berufsbereich Gesundheit/ Soziales (8)	Alle Fach- kräfte bzw. alle Helfer	Alle Beschäftigten
<b>Fachkräfte</b>					
<b>Krankenhäuser</b>					
Deutschland	3 159	2 869	3 110	3 063	3 325
Ostdeutschland*	2 931	2 409	2 896	2 818	3 070
Westdeutschland	3 236	2 937	3 178	3 129	3 397
<b>Stationäre Pflege</b>					
Deutschland	2 522	2 527	2 594	2 586	2 616
Ostdeutschland	2 138	2 059	2 146	2 115	2 189
Westdeutschland	2 646	2 610	2 688	2 686	2 705
<b>Ambulante Pflege</b>					
Deutschland	2 226	2 115	2 171	2 160	2 113
Ostdeutschland	1 947	1 806	1 876	1 866	1 781
Westdeutschland	2 369	2 280	2 316	2 308	2 287
<b>Helfer</b>					
<b>Krankenhäuser</b>					
Deutschland	2 598	2 049	2 546	2 501	3 325
Ostdeutschland*	2 256	1 539	2 242	2 237	3 070
Westdeutschland*	2 692	2 116	2 615	2 542	3 397
<b>Stationäre Pflege</b>					
Deutschland	2 311	1 811	1 938	1 915	2 616
Ostdeutschland	1 708	1 567	1 615	1 595	2 189
Westdeutschland	2 391	1 874	2 008	1 986	2 705
<b>Ambulante Pflege</b>					
Deutschland	1 680	1 565	1 594	1 595	2 113
Ostdeutschland	1 489	1 444	1 462	1 461	1 781
Westdeutschland	1 850	1 737	1 751	1 749	2 287

\* Die Entgeltangaben in der Altenpflege sind aufgrund von geringen Fallzahlen unscharf.

Anm.: Daten vor der Revision der Beschäftigungsstatistik; Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende in Vollzeit; o. S. = ohne Spezialisierung; Berufsbereich 3: Bau, Architektur, Vermessung und Gebäudetechnik; Berufsbereich 8: Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit

Tabelle 6–5

**Monatliche Bruttoentgelte in den Pflegeberufen nach Geschlecht (in Euro, 2013)**

	Fachkräfte		Helfer	
	Gesundheits- u. Krankenpflege (o. S.)	Altenpflege (o. S.)	Gesundheits- u. Krankenpflege (o. S.)	Altenpflege (o. S.)
<b>Männer</b>				
Deutschland	3 297	2 528	2 508	1 794
Ostdeutschland	2 738	2 023	2 117	1 542
Westdeutschland	3 396	2 638	2 627	1 905
<b>Frauen</b>				
Deutschland	2 988	2 414	2 276	1 729
Ostdeutschland	2 737	1 927	1 738	1 483
Westdeutschland	3 068	2 547	2 412	1 842

Anm.: Daten vor der Revision der Beschäftigungsstatistik; Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende in Vollzeit; o. S. = ohne Spezialisierung.

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit

Pflege-Report 2016

WIdO

die Entgelte der Frauen dagegen im Mittel 9,7% niedriger. Bei den Helfertätigkeiten in der Krankenpflege hingegen liegt der Entgeltabstand in den östlichen Ländern bei 17,9%, d.h. Männer verdienen hier im gleichen Beruf deutlich mehr als ihre Kolleginnen. In den alten Bundesländern ist die Differenz nur halb so hoch (8,2%).

Nachdem die regionalen und geschlechtsspezifischen Lohnunterschiede in den Pflegeberufen detailliert dargestellt wurden, werden in einem abschließenden Abschnitt deren Ursachen diskutiert.

## 6.8 Ursachen für die Entlohnungsunterschiede

Für die Bewertung der Löhne von Kranken- und Altenpflegern in den Bundesländern wurden die Entlohnung von Fachkräften und Helfern allgemein sowie die Löhne in ausgewählten Berufsgruppen herangezogen. Diese Vergleichslöhne variieren sehr stark zwischen den Regionen Deutschlands. Beredtes Beispiel hierfür ist der allgemeine Lohnunterschied zwischen Ost und West.

Damit sind zunächst die Ursachen für die regionalen Lohnunterschiede zu beleuchten. Nach den Befunden der regionalen Arbeitsmarktforschung hängen regionale Lohnstrukturen von einer Vielzahl von Faktoren ab, wobei sich regionsspezifische Faktoren mit Bestimmungsgründen vermischen, die auf der Ebene der einzelnen Beschäftigten greifen (Fuchs et al. 2014). Zu ersteren zählen unter anderem die Produktivität der regionalen Wirtschaft und die lokale Arbeitsmarktsituation. Zu letzteren gehören unter anderem Geschlecht, Arbeitserfahrung und Qualifikation der Beschäftigten.

## 6.8.1 Regionale Disparitäten

Die Produktivität und folglich das allgemeine Lohnniveau einer Region hängt wie oben erwähnt davon ab, ob hochproduktive Branchen vorhanden sind. Zudem üben die Größe der Region und damit einhergehende Urbanisationseffekte, die aus Größenvorteilen von Unternehmen und einer Vielzahl wirtschaftlicher Aktivitäten resultieren, Einflüsse auf Wirtschaftskraft und Entlohnung aus. In Ballungsregionen werden meist höhere Löhne gezahlt als in ländlich geprägten Gebieten.

Auf dem deutschen Arbeitsmarkt gilt nach wie vor: Je höher die Qualifikation, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, arbeitslos zu sein und desto höher ist der Lohn (Bogai et al. 2014). Die Arbeitsmarktentwicklung hat in den vergangenen Jahrzehnten zum Verlust von Arbeitsplätzen mit geringen Qualifikationsanforderungen geführt. Beschäftigte ohne Berufsabschluss haben dabei deutliche (Real-) Lohnverluste hinnehmen müssen.

Die Arbeitslosigkeit der Helfer ist in Deutschland überdurchschnittlich hoch, wobei es auch hier ausgeprägte regionale Unterschiede gibt. In rd. einem Drittel der Kreise Deutschlands liegt die spezifische Arbeitslosenquote der Helfer bei einem Viertel und höher. Aber auch die Arbeitslosigkeit insgesamt ist vor allem in Ostdeutschland und einigen westdeutschen Regionen wie z. B. dem Ruhrgebiet überdurchschnittlich hoch, wodurch ein Druck auf die regionalen Löhne ausgelöst wird.

Aus theoretischer Sicht hat die regionale Wirtschaftskraft und Arbeitslosigkeit auch einen Einfluss auf die Entlohnung von Pflegekräften, die sich zumindest langfristig nicht vom herrschenden Lohnniveau insbesondere bei den Fachkräften abkoppeln kann.

## 6.8.2 Produktivitätsunterschiede zwischen den Sektoren

Speziell mit Blick auf die Entlohnung in personenbezogenen Dienstleistungen, in denen das Rationalisierungspotenzial begrenzt ist, gilt üblicherweise ein Mechanismus, der zu über die Produktivität hinausgehenden Lohnsteigerungen führt. Dort wirken auf den Arbeitsmärkten Kräfte, die tendenziell eine Angleichung an das allgemeine Lohnniveau zumindest bei qualifizierten Arbeitskräften bewirken, da sonst nicht die erforderlichen Fachkräfte rekrutiert werden können. Hierdurch werden Preis- und Lohnanstiege herbeigeführt, die über der Produktivität des jeweiligen Tätigkeitsbereichs liegen.

Das Argument des tendenziell überdurchschnittlichen Lohnanstiegs von weniger produktiven Humandienstleistungen, der zur Annäherung an das allgemeine Lohnniveau beiträgt, gilt für die Krankenpflege, aber in den meisten Bundesländern nicht für die Altenpflege. Fachkräfte in der Altenpflege verdienen in allen westdeutschen Ländern deutlich weniger als alle qualifizierten Arbeitnehmer im Durchschnitt. In Ostdeutschland ist der Rückstand gegenüber dem allgemeinen Lohnniveau der Fachkräfte geringer. In Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Brandenburg indes ist sogar kaum ein Unterschied zum Gehaltsniveau aller Fachkräfte festzustellen.

### 6.8.3 Benachteiligung sozialer Berufe

Soziale Berufe im Allgemeinen und Pflegeberufe im Besonderen sind durch strukturelle Eigenheiten gekennzeichnet, die sich auf die Entlohnung auswirken dürften und oben beschriebene Anpassungen verhindert. So kann die Benachteiligung der Vergütung in typischen Frauenberufen angeführt werden. Nach dieser These (Kurz-Scherf et al. 2006) würden Frauen bestimmte Grundqualifikationen und Eigenschaften in die Erwerbsarbeit einbringen wie die stärkere inhaltliche Aufgabenerfüllung und intensivere Zuwendung zu Personen, die im Fall der Pflege der Hausarbeit zugeschrieben werden. Typische Frauenberufe werden häufig geringerwertig als Produktionsberufe angesehen und folglich auch ungünstiger entlohnt als die von Männern dominierten Berufe in Industrie und Handwerk. Die Entgeltunterschiede zwischen Kranken- und Altenpflege zeigen jedoch, dass dieses Argument vor allem für die Altenpflege und weniger für die Krankenpflege zutrifft.

Zudem werden die Ursachen für die Entgeltunterschiede zwischen Männern und Frauen in den Pflegeberufen zu großen Teilen „mit der Besetzung der unterschiedlichen Hierarchieebenen (vertikale Segregation) sowie einer Reihe anderer Faktoren, wie z. B. der geringeren Dauer der Berufserfahrung (wenn Frauen z. B. wegen Familienarbeit die Erwerbsarbeit unterbrechen) oder der größeren Konzentration der Frauen in kleineren Betrieben, in Betrieben ohne Tarifbindung etc.“ erklärt (Bellmann et al. 2013: 86).

### 6.8.4 Unterschiedliche Finanzierung von Kranken- und Altenpflege

Bei den festgestellten Gehaltsunterschieden zwischen der Kranken- und Altenpflege ist die unterschiedliche Finanzierung der Leistungen nach dem SGB XI (soziale Pflegeversicherung) und dem SGB V (gesetzliche Krankenversicherung) zu berücksichtigen. Die soziale Pflegeversicherung finanziert nur einen Teil der Gesamtpflegekosten über staatliche Pflegeleistungen, während in der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen in der Regel in vollem Umfang abgedeckt sind. Der Teilkaskocharakter der Pflegeversicherung sowie die einrichtungsspezifischen Pflegesatzverhandlungen führen zu ungünstigeren Finanzierungsbedingungen im Bereich der Altenpflege als in der Krankenpflege, die aufgrund ihrer Vollkostenerstattung seltener vor Finanzierungsproblemen steht.

Die Preise für Pflegeleistungen nach dem SGB XI werden durch Vergütungsvereinbarungen zwischen Trägern der stationären bzw. ambulanten Pflegeeinrichtungen und den Pflegekassen oder sonstigen Sozialversicherungsträgern, dem Sozialamt sowie den jeweiligen Arbeitsgemeinschaften festgelegt. Die Vergütungsvereinbarungen determinieren den wirtschaftlichen Verhandlungsspielraum für Lohnzahlungen der Pflegekräfte. Entsprechend den §§ 84 und 89 SGB XI haben Pflegeeinrichtungen Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung und könnten höhere Vergütungen im Extremfall einklagen. Allerdings machen die Einrichtungen aus Wettbewerbsgründen von diesem Recht nur selten Gebrauch (Prognos 2014). Aufgrund des hohen Lohnkostenanteils in den Pflegeeinrichtungen wirken sich Lohn erhöhungen stark auf die Pflegesätze und damit auf die Eigenanteile der Pflegebedürftigen bzw. auf die Ausgaben der Hilfe zur Pflege aus. Überdurchschnittliche Kostensteigerungen könnten Wettbewerbsnachteile für die betroffenen Einrichtun-

gen verursachen. Die Pflegekassen würden zudem geltend machen, dass andere Träger gleiche Leistungen zu geringeren Vergütungen erbringen können. Die Verhandlungen werden durch eine Einigung des Einrichtungsträgers und der Mehrheit der Kostenträger abgeschlossen, wobei die Sozialhilfeträger ein Einspruchsrecht besitzen. Damit verfügt das Sozialamt über eine starke Verhandlungsposition, sein Interesse an einer Ausgabenbegrenzung der Hilfe zur Pflege durchzusetzen.

### 6.8.5 Institutionelle Ursachen

Institutionelle Gründe, die im System der Lohnverhandlungen liegen, sind vor allem im Bereich der Altenpflege von Bedeutung, nämlich unterschiedliche Grade der Tarifbindungen in den einzelnen Pflegeeinrichtungen. So decken sich die von uns festgestellten Lohnunterschiede nach Pflegeeinrichtungen weitgehend mit den Ergebnissen der Studie von Bellmann et al. (2013), der zufolge die Erklärung für die vergleichsweise niedrigen Entgelte in den ambulanten sozialen Diensten in der jeweiligen Trägerschaft liegen dürfte: „Besonders in den ambulanten sozialen Diensten dominiert die private Trägerschaft und damit zumeist der Zustand ohne Tarifbindung sowie der damit einhergehende geringe Organisationsgrad der Beschäftigten“ (Bellmann et al. 2013, S. 84).

Wie eingangs berichtet, ist die Entlohnung in den Pflegeeinrichtungen langjährig nicht an die Inflation angepasst worden. Über mögliche Gründe kann aufgrund der fehlenden Transparenz in den Vergütungsverhandlungen nur spekuliert werden. Möglicherweise unterblieb die Dynamisierung der Löhne auch dadurch, dass die in den Vergütungsvereinbarungen verhandelten und auf tariflichen und kirchenarbeitsrechtlichen Vereinbarungen basierenden Entgelte teilweise nicht an die Beschäftigten vollständig ausgezahlt wurden. Seit dem 1. Januar 2015 wird den Kostenträgern nach § 84 SGB XI das Recht eingeräumt, Nachweise zu verlangen, dass die finanziellen Mittel auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommen. Eine ähnliche Regelung wird für die ambulante Krankenpflege nach dem SGB V diskutiert.

### 6.8.6 Geringe räumliche Mobilität

Zwischen den Bundesländern wurden erhebliche Nominallohndifferenzen im gleichen Pflegeberuf ermittelt, die nicht durch entsprechende regionale Preisunterschiede kompensiert werden dürften. Grundsätzlich ist hierdurch ein Anreiz für Arbeitskräftewanderungen in Richtung „Hochlohnregionen“ gegeben. Ein großes Ausmaß solcher Mobilität ist allerdings aufgrund familiärer und sozialer Bindungen der Pflegekräfte mittleren und höheren Alters nicht gegeben. Zudem lohnt es sich für die überwiegend in Teilzeit beschäftigten Pflegekräfte kaum, aufgrund geringerer Lohnvorteile den Wohnort zu verlagern. Kleinräumige Bewegungen sind z. B. an den Randregionen Niedersachsens in besser bezahlende Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen zu beobachten. Eine starke Belastung für die Nachwuchsbindung stellt hingegen die niedrige Entlohnung von Pflegekräften in Ostdeutschland dar. Für dort neu ausgebildete Pflegekräfte ist der Anreiz hoch, für einen deutlich höheren Lohn nach Westdeutschland überzusiedeln.

## 6.9 Fazit

Insgesamt lässt sich festhalten, dass examinierte Altenpflegekräfte in Deutschland im Schnitt etwa ein Fünftel weniger als Fachkräfte in der Krankenpflege verdienen. Helfer in der Altenpflege liegen am Ende der Verdienstskala. Ihr Gehalt liegt bei knapp der Hälfte desjenigen der Fachkräfte in der Krankenpflege. Die Pflegeberufe werden zudem je nach Bundesland unterschiedlich entlohnt, wobei die Differenzen zwischen den verschiedenen Pflegeberufen ebenso wie das Verhältnis zu den Löhnen anderer Berufsgruppen in den Bundesländern nicht einheitlich sind. In den meisten Regionen werden die Beschäftigten in der Altenpflege jedoch vergleichsweise niedrig entlohnt. Bei der Anhebung der Pflegelöhne sind verschiedene Kräfte, nämlich eine Annäherung der Entlohnung im gleichen Pflegeberuf, aber auch das Verhältnis zum regionalen Lohnniveau auf vergleichbarer Qualifikationsebene auszutarieren.

Eine höhere Vergütung der Pflegekräfte würde die Attraktivität der Altenpflege – und damit die Bindung an dieses Berufsfeld – verbessern und bestehenden wie künftigen Fachkräfteengpässen entgegenwirken. Sie wäre zudem ein Ausdruck für die stärkere gesellschaftliche Anerkennung eines überaus verantwortungs- und anspruchsvollen Berufsbilds. Nicht zuletzt wäre eine bessere Entlohnung der Pflege auch ein Beitrag zum Abbau geschlechtsspezifischer Lohnungleichheiten.

## Literatur

- Bellmann L, Grunau P, Maier F, Thiele G. Struktur der Beschäftigung und Entgeltentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen – 2004 bis 2008. *Sozialer Fortschritt*, 2013; 62 (3): 77–87.
- Bogai D. Perspektiven des Arbeitsmarktes für Pflegekräfte. *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung* 2014; 83 (4): 107–22.
- Bogai D, Buch T, Seibert H. Arbeitsmarktchancen von Geringqualifizierten: Kaum eine Region bietet genügend einfache Jobs. *IAB-Kurzbericht* 11/2014.
- Bogai D, Carstensen J, Seibert H, Wiethölter D, Hell S, Ludewig O. Viel Varianz: Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Berlin 2015.
- Bundesagentur für Arbeit. *Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfteengpassanalyse*. Nürnberg. Juli 2015.
- Fuchs M, Rauscher C, Weyh A. Lohnhöhe und Lohnwachstum: Die regionalen Unterschiede in Deutschland sind groß. *IAB-Kurzbericht* 17/2014.
- Harsch K, Verbeek H. Der Mindestlohn in der Pflegebranche – Die Folgen eines Mindestlohns in einer Wachstumsbranche. *Journal of Labour Market Research* 2012; 45: 355–78.
- Kurz-Scherf I, Lepperhoff J, Scheele A. *Arbeit und Geschlecht im Wandel: Kontinuitäten, Brüche und Perspektiven für Wissenschaft und Politik*. Berlin 2006.
- Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V. (IAW). *Evaluation bestehender Mindestlohnregelungen – Branche: Pflege. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales*. Tübingen 2011.
- Prognos. *Fachkräftesicherung durch gute Arbeit. Rahmenbedingungen und Zukunftsperspektiven in der Pflege in Thüringen*. Berlin 2014.

This page intentionally left blank

# 7 Die Pflegekammer: Eine Interessenvertretung für die Pflege?

Antje Schwinger

## Abstract

Die in Deutschland zu beobachtende Auseinandersetzung zwischen Befürwortern und Gegnern von Pflegekammern fokussiert die Frage, ob es gelingen kann, durch die Errichtung von Pflegekammern eine verbesserte Interessenvertretung des Pflegeberufs zu erreichen. Der Beitrag legt nahe, dass hierbei letztlich über die falsche Frage gestritten wird. Diese lautet nicht: Braucht es eine in Form einer Pflegekammer institutionalisierte Interessenvertretung? Sondern: Gibt es Defizite bei der beruflichen Regulierung und Aufsicht, die die Versorgungsqualität mindern und die Patienten unzureichend vor schlechter Pflege schützen? Und wenn ja, wie kann diesem Problem begegnet werden? Um dies zu beantworten, werden die potenziellen Aufgaben von Pflegekammern beschrieben. Dies sind in erster Linie die Überwachung der Berufsordnung, die Formulierung von Weiterbildungsstandards sowie die Mitwirkung der Berufsgruppe an (unter)gesetzlicher Normgebung. Anschließend werden die heutigen gesetzlichen Rahmenvorgaben skizziert und diskutiert, welche Chancen und Schwächen eine Übertragung der jeweiligen Aufgaben an Pflegekammern hätte.

There is a long-standing discussion on the self-regulation of nurses in Germany. Most attention is given to the question whether the nursing profession will benefit from the introduction of nursing councils. This however seems to be the wrong question. Looking at regulation theory, the issues to be discussed should be: Are there shortcomings in the professional regulation which compromise the delivery of high quality care and the protection of the patients against inadequate care? And if so, is the establishment of nursing councils the right answer? To analyse this, the article describes the potential duties of nursing councils. These are the monitoring of the professional code of conduct, the wording of educational standards and the participation in policy development. Subsequently, the paper outlines the current legal framework and discusses the strength and weaknesses of assigning the respective duties to the profession itself.

## 7.1 Initiativen und Diskurs um Pflegekammern in Deutschland

Zu Beginn des Jahres 2016 hat in Rheinland-Pfalz die erste Landespflegekammer Deutschlands ihre Arbeit aufgenommen. In Schleswig-Holstein und voraussichtlich auch in Niedersachsen steht die Errichtung von Pflegekammern ebenfalls bevor.<sup>1</sup> Bisher waren Kammern als berufsständische Form der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen allein Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten und Apothekern vorbehalten. Von einer flächendeckenden, bundesweit in allen Ländern eingeführten Selbstverwaltung von Pflegekräften ist man damit aber noch weit entfernt, obwohl in einer Reihe weiterer Bundesländer die Einführung von Pflegekammern intensiv diskutiert wird.

Die Idee der Pflegekammer ist dabei höchst umstritten. Der fachöffentliche Diskurs lässt sich exemplarisch skizzieren an den Positionen des Dachverbandes der Berufsverbände der Pflegeberufe DPR als Befürworter auf der einen und der Gewerkschaft ver.di sowie des Bundesverbandes der privaten Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) auf der anderen Seite (Abbildung 7–1). Hervorzuheben ist, dass die konkreten Aufgaben der Pflegekammer zwar benannt werden, letztlich aber nicht im Fokus der Diskussion stehen. Stattdessen wird meist über die Frage gestritten, ob durch eine berufliche Selbstverwaltung in Form einer Kammer die Interessenvertretung der Pflegekräfte verbessert und damit eine Aufwertung des Berufs erreicht werden kann. Als Blaupause kann hier sicherlich die Position und das Wirken der Ärztekammern in Deutschland unterstellt werden.

Exemplarisch für diese Zuspitzung steht, dass die Pflegekräfte bei allen durch die jeweiligen Landesregierungen beauftragten Meinungsumfragen zur Einführung von Pflegekammern genau dies gefragt wurden: Nämlich, ob die Pflegekammer eine einheitliche Stimme gegenüber Politik und Öffentlichkeit schaffe und so die Position der Pflege im Gesundheitswesen stärke; ob sie eine Aufwertung des Berufsstandes bewirke, die Entlohnung verbessere und helfe den Fachkräftemangel abzuschwächen; ob die Kammer in Konkurrenz zu anderen Vereinigungen stehe, die die Interessen der Pflegekräfte bereits heute vertreten (insbesondere den Gewerkschaften); ob sie den einzelnen Mitgliedern einen Vorteil böte oder allein für Pflichtbeiträge stehe (Infratest dimap 2013; TNS Infratest Sozialforschung GmbH 2013b; TNS Infratest Sozialforschung GmbH 2013a; Info GmbH 2014; siehe hierzu auch Weidner 2014).

Dies ist etwas verwunderlich, denn damit wird eine kritisierte Folge von Berufskammern – nämlich die Durchsetzung privater Interessen der Berufsmitglieder – für die Pflegekammer als primärer Zweck diskutiert. Vor diesem Hintergrund soll im nächsten Abschnitt ein kurzer Überblick über den internationalen Forschungsstand

<sup>1</sup> Das *Heilberufsgesetz* (HeilBG) Rheinland-Pfalz wurde im Juni 2014 mit Drucksache 16/3626 grundlegend überarbeitet und um die Regelungen zur Pflegekammer ergänzt. Im Juli 2015 hat der Landtag in Schleswig-Holstein ebenfalls ein *Gesetz zur Errichtung einer Kammer für die Heilberufe in der Pflege (PBKG)* (SH Drs. 18/2569) verabschiedet, sodass Anfang des Jahres 2016 ein Errichtungsausschuss seine Arbeit beginnen wird. In Niedersachsen liegt seit dem 7. August 2015 ein *Entwurf für ein Gesetz über die Pflegekammer Niedersachsen (PflegeKG)* zur Verbandsbeteiligung vor.

Abbildung 7–1

<b>Übersicht zu den Positionen der Kammer-Befürworter und Kammer-Gegner</b>	
<p style="text-align: center;"><b>Argumente der Pflegekammer-Befürworter</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Für die Errichtung einer Pflegekammer spricht:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung der Qualität der pflegerischen Dienstleistungen; Schutz vor unsachgemäßer Pflege</li> <li>• Festlegung und Weiterentwicklung von fachlichen Standards; Vereinheitlichung der derzeit stark schwankenden Qualitätsniveaus pflegerischer Dienstleistungen und Ermittlung von diesbezüglichem Forschungsbedarf</li> <li>• Verpflichtung zur kontinuierlichen Weiterqualifizierung der Berufsangehörigen</li> <li>• Schaffung einer Berufsordnung mit ethischen Leitlinien für das Handeln professionell Pflegender</li> <li>• Sanktionen bei Verstößen gegen die Berufsordnung</li> <li>• Definition von Inhalt und Spektrum der Pflege erfolgt nicht mehr durch Dritte</li> <li>• Belange der Berufsgruppe werden gegenüber der Öffentlichkeit, der Politik und den verschiedenen Akteuren im Sozial- und Gesundheitswesen gebündelt</li> <li>• Professionalisierungsprozess wird beschleunigt</li> <li>• Registrierung aller Pflegefachkräfte; Fachkräfteprognosen</li> <li>• Kein Ersatz von Berufsverbänden oder Gewerkschaften</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Argumente der Pflegekammer-Gegner</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Gegen die Errichtung einer Pflegekammer spricht:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestehende Probleme werden nicht gelöst; schlechte Pflegequalität resultiert aus den schlechten Rahmenbedingungen des Berufsalltags (hoher Arbeitsdruck, Überstunden, Einspringen an freien Tagen, zu wenig Zeit für Patientinnen und Patienten)</li> <li>• Berufsrechtliches Disziplinarrecht ist keine wirksame Kontrolle der Berufsausübung</li> <li>• Verpflichtungen zur Weiterbildung sind überflüssig; da in der Verantwortung der Arbeitgeber</li> <li>• Regelungskompetenz für Aus- und Weiterbildung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe</li> <li>• Wahrnehmung der beruflichen Belange wird wahrscheinlich nicht gelingen; die jeweiligen Interessen der auch heute existierenden Verbände müssten gebündelt werden (Berufsverbände übernehmen weiterhin die fachlich motivierten verbandspolitischen Aufgaben und die Gewerkschaften die Tarifpolitik)</li> <li>• Ein höheres Ansehen des Berufs wird durch eine Kammer nicht erreicht; Ansehen hängt mit Verdienstmöglichkeiten und Arbeitsbedingungen zusammen</li> <li>• Bürokratie und zusätzliche Kontrollen</li> <li>• Die entstehenden Kosten stehen in keinem Verhältnis zu einem möglichen Nutzen.</li> <li>• Zwangsmitgliedschaft und Mitgliedsbeiträge für die Pflegekräfte sind abzulehnen</li> </ul>
<p>Quelle: Die folgenden Standpunkte sind eine Zusammenfassung der Zusammenstellungen und Flyer auf der Internetseite des DBfK, die in Zusammenarbeit mit den Mitgliedsorganisationen des Deutschen Pflegerates und der Landespflegeräte erstellt wurden. <a href="http://pflegekammer-jetzt.de">http://pflegekammer-jetzt.de</a>; (12.07.2015)</p>	<p>Quelle: Für einen Überblick über die Positionen von ver.di siehe URL: <a href="https://gesundheit-soziales.verdi.de/berufe/pflegeberufe/pflegekammer">https://gesundheit-soziales.verdi.de/berufe/pflegeberufe/pflegekammer</a> [Stand 02.03.2015] / Für einen Überblick über die Positionen des bpa siehe URL: <a href="http://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/pflegekammer/index.html">http://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/pflegekammer/index.html</a>; (02.03.2015)</p>
Pflege-Report 2016	WlD0

zur beruflichen Regulierung gegeben werden. Dabei wird auf die ökonomischen Theorien zur beruflichen Regulierung wie auch auf soziologische Theorien zur Professionalisierung und zur Verkammerung eingegangen.

## 7.2 Ökonomische und professionssoziologische Sicht auf Pflegekammern

Aufgrund der besonderen Schutzbedürfnisse von Patienten sind Berufe im Gesundheitswesen in der Regel reguliert, d. h., die Qualifikationsanforderungen, die zu ihrer Ausübung berechtigen, sind durch den Gesetzgeber vorgegeben. Das Führen einer Berufsbezeichnung ist dabei mit bestimmten vorgegebenen Qualifikationen verbunden – dies wird als Berufsbezeichnungsschutz bezeichnet. Mit der Berufsbe-

zeichnung kann auch die Ausübung spezifischer Tätigkeiten verknüpft sein – man spricht dann auch von einem Berufsausübungsschutz. Der Gesetzgeber kann entscheiden, ob er die Regulierung des Berufs selbst ausgestaltet und administriert oder ob er dies der regulierten Berufsgruppe überträgt. Im zweiten Fall spricht man von beruflicher Selbstverwaltung, die in Deutschland traditionell in Form von Berufskammern als Körperschaften des Öffentlichen Rechts organisiert ist.

Folgt man der Ökonomischen Theorie der Regulierung, so ist das Ziel des Berufsbezeichnungs- und des Berufsausübungsschutzes in erster Linie eine Marktabschottung (White und Marmor 1982; Cox und Foster 1990). Durch hohe qualifikatorische Zugangshürden solle das Angebot der Gesundheitsdienstleistung verknappt und damit der Preis dafür erhöht werden. Durch einen Berufsausübungsschutz mit der Definition von Tätigkeiten, die der Berufsgruppe vorbehalten sind, werde die Wahl- und Konsumentenfreiheit zusätzlich eingeschränkt und nötige Anpassungen der herrschenden Arbeitsteilung bei Gesundheitsdienstleistungen verhindert. Eine konsequente und wirksame Überwachung definierter Qualitäts- oder Verhaltensregeln durch die Berufsgruppe selbst wird mit Verweis auf deren Eigeninteressen ebenso angezweifelt (Friedmann 1962; Allsop und Saks 2003; Price 2003; Pauly et al. 2012).<sup>2</sup>

Kritiker der Ökonomischen Theorie argumentieren, dass die komplexen formellen und informellen Prozesse einer Interessenorganisation damit nicht hinreichend erfasst werden könnten (Feintuck 2010; Croley 2011; Baldwin et al. 2012). Laut der Public-Interest-Theorie der Regulierung hat die berufliche Regulierung einen positiven Einfluss auf die Qualität der Gesundheitsleistungen. Der Schutz der Berufsbezeichnung solle dazu führen, dass nicht qualifizierte Gesundheitsdienstleister vom Markt ausgeschlossen und die Informationskosten für die Patienten reduziert werden. Die Definition vorbehaltlicher Tätigkeiten im Rahmen des Berufsausübungsschutzes bewirke, dass Anbieter mit einem geschützten Titel nicht durch Dritte, die sich zwar anders nennen, aber Gleiches tun, vom Markt verdrängt werden können. Berufskammern seien verwaltungseffizient, schließlich hätten die Berufsangehörigen das beste Fach- und Insiderwissen, um berufliche Qualität zu bewerten und die Regulierung an die medizinisch-technische und die gesellschaftliche Entwicklungen anzupassen (White und Marmor 1982; Cox und Foster 1990; Baldwin et al. 2012). Der Ansatz der Ökonomischen Theorie der Regulierung überwiegt in der Literatur dabei deutlich, die Public-Interest-Theorie hingegen dient eher als Bewertungsfolie für die erstere.

Neben der ökonomisch orientierten Bewertung von Pflegekammern können diese auch im Kontext von Professionalisierungsprozessen betrachtet werden. Professionalisierung geht einher mit der Akademisierung des Berufs. Erst wenn sich ein von anderen Wissenschaften unabhängiger Wissenskanon und ein Selbstverständnis des Mehrwerts der eigenen Tätigkeit entwickelt haben, kann sich auch die für eine

<sup>2</sup> Empirische Belege für die Wirkungen beruflicher Regulierung sind zum Teil widersprüchlich und beschränken sich auf den US-amerikanischen Kontext (Zweifel und Eichenberger 1992; Kleiner und Kudrle 2000; Law und Kim 2005). Die Wirkungen der Verkammerung des Pflegeberufs sind kaum untersucht (Law und Marks 2012). Allein für die Regulierung der Advanced Nursing Practice finden sich Hinweise, die die Ökonomische Theorie bestätigen (Lugo et al. 2010; Kleiner et al. 2012).

Professionalisierung notwendige Autonomie herausbilden. Im letzten Schritt kann dies in Form einer mit staatlichen Befugnissen ausgestatteten Selbstverwaltung des Berufs (also einer Kammer) auch zu einer entsprechenden Organisationsautonomie führen (Wilensky 1964; Hesse 1968; Combe und Helsper 1996).

Der Professionalisierungsprozess wird in der soziologischen Diskussion unterschiedlich bewertet. Der machttheoretische Ansatz betrachtet analog zur Ökonomischen Theorie der Regulierung die Professionalisierung als Mittel zur Abschottung des Berufs und zur Sicherung der damit einhergehenden Prestige- und Einkommensgewinne, also als Mittel, das allein dem beruflichen Eigennutz dient (Freidson 1970; Larson 1977; Abbott 1988). Der funktionalistische Ansatz hingegen vertritt die Ansicht, dass Professionalisierung auch im Sinne eines gesellschaftlichen Austauschprozesses verstanden werden kann. Verwissenschaftlichung und Abschottung werden hier als Mittel zum Wissenserhalt und zur Berufsidentifikation verstanden, was wiederum beides dazu diene, ein berufliches Ethos und Berufsstandards zu etablieren (Parsons 1939). Die Autonomie, die die Professionen u. a. durch ihre Verkammerung erlangten, sei auch als Gegenpol zu den Wirkungen des freien Marktes und damit im Sinne des Verbraucherschutzes zu verstehen (Freidson 2001).

In der ökonomischen wie soziologischen Forschung wird die Durchsetzung der Macht von Berufskammern folglich kritisch diskutiert. Auch in der verfassungsrechtlichen Bewertung von Berufskammern spielt die Interessenvertretung eine zentrale Rolle bei der Bewertung.

### 7.3 Verfassungsrechtlichkeit von Pflegekammern in Deutschland

Die verfassungsrechtliche Zulässigkeit von Pflegekammern wird unter Juristen nicht grundsätzlich in Frage gestellt, soweit Pflegekammern öffentliche Aufgaben im Sinne des Allgemeinwohls wahrnehmen und dafür Eingriffe in die Grundrechte sowohl der Berufsangehörigen als auch Dritter erforderlich und verhältnismäßig sind (Plantholz 1994; Seewald 1998; Roßbruch 2001; Igl 2008; Schulz-Koffka und Deter 2012; Martini 2014).<sup>3</sup>

Nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts sind „legitime öffentliche Aufgaben“ im Sinne des Allgemeinwohlbelangs solche, „*an deren Erfüllung ein gesteigertes Interesse der Gemeinschaft besteht, die aber so geartet sind, dass sie weder im Wege privater Initiative wirksam wahrgenommen werden können noch zu den im engeren Sinn staatlichen Aufgaben zählen, die der Staat durch seine Behörden wahrnehmen muss.*“ (BVerfG 38, 281 (299)).

Die Wahrnehmung der beruflichen Belange – die „Interessenvertretung“ – darf sich also nicht auf die privaten Interessen der Berufsgruppe beschränken, sondern muss im Sinne der Allgemeinheit erfolgen. Eine Standesvertretung im Sinne einer

<sup>3</sup> Gleichzeitig finden sich aber auch kritische Stimmen: Für Bauckhager-Hoffer (2014) können einer Pflegekammer keine originären Aufgaben zugewiesen werden, die heute nicht bereits durch andere Stellen wahrgenommen werden. Daher sei auch die Verfassungsmäßigkeit einer solchen Kammer in Frage zu stellen.

institutionalisierten Einbindung der Berufsgruppe in Gesetzgebungsprozesse und in die Ausgestaltung untergesetzlicher Normgebungen wird jedoch als legitime Aufgabe einer Pflegekammer angesehen (Martini 2014). Falls der Kammer lediglich Aufgabenbereiche zugewiesen würden, deren Ziele sich nur unter Einbindung aller Pflegekräfte erreichen ließen, habe der Gesetzgeber im Sinne des Allgemeinwohls einen entsprechenden Gestaltungsspielraum. Der Gesetzgeber kann also die Einschränkung der Vereinigungsfreiheit der Mitglieder einer Berufsgruppe – hier durch die „Zwangsmitgliedschaft“ – als erforderlich bewerten, wenn er eine umfassende Interessenrepräsentation erreichen möchte (Martini 2014). Generell sind die Aufgaben der Pflegekammern daher unter den Gesichtspunkten der Erforderlichkeit und der Verhältnismäßigkeit zu bewerten und gegebenenfalls in diesem Sinne einzuschränken. Konkret verbleibt von der „Interessenvertretung“ als Aufgabe einer Pflegekammer folglich die Einbindung der – gesamten – Berufsgruppe in Gesetzgebungsprozesse und in weitere gesellschaftliche Meinungsbildungsprozesse.

Der Aufgabenzuschnitt von Pflegekammern ist ferner begrenzt durch die vorrangige Regelungskompetenz des Bundes hinsichtlich der „Zulassung zum ärztlichen und anderen Heilberufen“ (Art. 74 Ziffer 1 GG i. V.m. Art. 72 Abs. 1 GG). Dies bedeutet, dass es dem Gesetzgeber auf Bundesebene obliegt, die Ausbildung der Kranken- und Altenkräfte zu definieren. Da der jeweilige Landesgesetzgeber hier folglich keine Regelungskompetenz hat, kann er dies auch nicht durch entsprechende Kammergesetze an die Berufsgruppe übertragen. Nach der gleichen Logik können z. B. auch die Vertretung von Arbeitnehmern im gewerkschaftlichen Sinne oder Qualitätssicherungsmaßnahmen, die durch Bundesgesetze wie z. B. das SGB XI geregelt sind, nicht an eine Pflegekammer übertragen werden.

Im nächsten Abschnitt wird ausgeführt, welche Aufgaben durch eine Pflegekammer übernommen werden können. Im Kern sind dies die Überwachung der beruflichen Standards, die Formulierung von Weiterbildungsstandards sowie die Mitwirkung der Berufsgruppe an (unter)gesetzlicher Normgebung. Es wird dargelegt, in welcher Form die jeweiligen Aspekte heute reguliert und administriert sind bzw. welche Ausgestaltungen die Pflegekammergesetze aus Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen vorsehen. Anschließend werden jeweils die Chancen und Schwächen einer Übertragung der jeweiligen Aufgaben an Pflegekammern diskutiert. Abbildung 7–2 gibt hierzu einen zusammenfassenden Überblick.

## 7.4 Aufgaben von Pflegekammern

### 7.4.1 Überwachung der beruflichen Standards

#### Zulassung zum Beruf

Wie bereits ausgeführt fällt die Ausformulierung der Berufszulassung – dies gilt für den ärztlichen Berufs gleichermaßen – nicht in die Regelungskompetenz der Länder. Diese könnten die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen nur dann regeln, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht Gebrauch gemacht hat. Dieser hat jedoch Zugangsvoraussetzung sowie Ausbildungsinhalte und -umfang durch das Krankenpflegegesetz (KrPflG) bzw. Alten-

Abbildung 7–2

<b>Übersicht zu den potenziellen Aufgaben von Pflegekammern</b>				
	<b>Status quo</b>	<b>Vorgaben nach den Pflegekammergesetzen/-entwürfen Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Niedersachsen</b>	<b>Chancen</b>	<b>Schwächen/ offene Fragen</b>
<b>Überwachung der beruflichen Standards</b>				
<b>Zulassung zum Berufsregister und Zulassung ausländischer Pflegekräfte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelungskompetenz des Bundes: ausgestaltet durch KrPflG und AltPflG sowie die entsprechenden Prüfungsverordnungen</li> <li>• Anerkennung von Berufen aus dem EWR-Raum ist vorgegeben durch die EU-Richtlinie 2005/36/EG</li> <li>• Kriterien und Verfahren für die Anerkennung von Berufen aus anderen Ländern durch KrPflG und AltPflG sowie durch BQFG</li> </ul>			
<b>Führen eines Berufsregister</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erlaubnisurkunde zur Führung der Berufsbezeichnung wird durch die zuständige Behörde im jeweiligen Bundesland erteilt, hiernach keine Meldepflicht mehr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitglieder der Kammern sind verpflichtet, dieser die Aufnahme oder Beendigung der beruflichen Tätigkeit sowie Adressänderungen etc. zu melden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voraussetzung für die Überwachung der Berufspflichten</li> <li>• Verbesserte Aufdeckung missbräuchlicher Verwendung der Berufsbezeichnung</li> <li>• Statistik über Personen mit Qualifikation zur Unterstützung der Pflegefachkräfteplanung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestehen heute Defizite bei der Aufdeckung missbräuchlicher Verwendung der Berufsbezeichnung? Wenn ja, bedarf es z.B. der Verpflichtung der Arbeitgeber zur Prüfung?</li> <li>• Fehlt es an Informationen (wenn ja, welche genau) oder am politischen Willen für eine Pflegefachkräfteplanung?</li> <li>• Stehen Aufwand und Nutzen im Verhältnis?</li> </ul>
<b>Berufsordnung und Überwachung der Berufspflichten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KrPflG und AltPflG formulieren keine Berufsordnung, in vier Bundesländern (Bremen, Saarland, Hamburg und Sachsen) sind landesweite Berufsordnungen in Kraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegekammern erlassen Berufsordnungen</li> <li>• Pflegekammern sind für die Überwachung der Berufsordnung verantwortlich: Durchführung der Berufgerichtsbarkeit (Verfahren, Fristen sowie die Besetzung der Berufsgereichte geregelt)</li> <li>• Kein Entzug der Berufsbezeichnung durch die Pflegekammer möglich: berufsrechtliche Maßnahmen sind auf Warnungen, Verweise und die Verhängung von Geldbußen beschränkt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berufspflichten werden erstmals definiert und damit für die Öffentlichkeit transparent und einforderbar</li> <li>• Pflegekammer muss Verletzungen der Berufspflichten nachgehen</li> <li>• Pflegekammer kann als Beschwerdestelle für Patienten, Pflegebedürftige und Angehörige dienen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestehen Regelungsdefizite? Sind die Berufspflichten heute bereits teilweise arbeits- bzw. haftungsrechtlich gefasst?</li> <li>• Wie konsequent werden Pflichtverletzungen heute verfolgt?</li> <li>• Entstehen Parallelstrukturen bzw. werden diese in der Aufsicht noch ausgebaut?</li> </ul>
<b>Pflicht zur Kompetenzerhaltung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur vier Bundesländern (Bremen, Saarland, Hamburg und Sachsen) über landesweite Berufsordnung formuliert: Nachweispflichtig nur für Freiberufliche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitglieder der Pflegekammern sind verpflichtet, sich regelmäßig fortzubilden</li> <li>• Näheres (Form, Niveau, Stundenzahl, Nachweispflicht etc.) regelt die Kammer in der Berufsordnung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewusstsein über ein wissenschaftsbasiertes berufliches Handeln wird gestärkt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufwand und Nutzen?</li> </ul>

Abbildung 7–2

## Fortsetzung

<b>Übersicht zu den potenziellen Aufgaben von Pflegekammern</b>				
	<b>Status quo</b>	<b>Vorgaben nach den Pflegekammergesetzen/-entwürfen Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Niedersachsen</b>	<b>Chancen</b>	<b>Schwächen/ offene Fragen</b>
<b>Definition von Weiterbildungsstandards</b>				
<b>Zugangs- und Ausbildungsstandards der Weiterbildung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Landesgesetze und Verordnungen über Weiterbildungstitel, Lerninhalte, Dauer etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kammergesetze definieren wenige Anforderungen an Umfang, Zugangsvoraussetzungen und Anerkennung; Pflegekammern erlassen alle weiteren Vorgaben (Weiterbildungstitel, Lerninhalte, Umfang)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formulierung der Weiterbildungslerninhalte durch die Berufsgruppe</li> <li>Weniger Fremdbestimmung: Bewusstsein über die eigenen Kompetenzen und Stand des Wissens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientieren sich die Weiterbildungsanforderungen an der Versorgungswirksamkeit?</li> <li>Wird es gelingen die Heterogenität der Abschlüsse zu verringern?</li> </ul>
<b>Mitwirkung der Berufsgruppe</b>				
<b>Interessensvertretung und Mitwirkung an der (unter)gesetzlichen Normgebung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SGB V und SGB XI sehen Einbindung des Deutschen Pflegerat e. V. als Dachverband der Berufsverbände vor; aber keine Mitwirkungsrechte im GBA (d.h. SGB-V-Kontext), jedoch Beteiligungsrechte im Kontext des SGB XI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufgabe der Pflegekammern ist die Beratung bei Norm- und Gesetzgebung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Landesregierungen haben mit den Pflegekammern erstmals einen demokratisch legitimierten Ansprechpartner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausgestaltung des Gesundheits- und Pflegesystems erfolgt durch das SGB V und das SGB XI und damit durch Bundesgesetze: Gestaltungsmöglichkeiten auf Landesebene sind sehr begrenzt</li> <li>Mitsprache-/gestaltungsrecht müsste im SGB V und XI verankert werden</li> </ul>
Pflege-Report 2016				WID0

pflegegesetz (AltPflG) und die entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (KrPflAPrV und AltPflAPrV) umfänglich definiert.

Die Länder können lediglich die jeweils zuständige Behörde für die Zulassung zum Beruf bestimmen (§ 20 KrPflG und § 26 AltPflG). Diese erteilen die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnungen „Gesundheits- und Krankenpfleger(in)“, „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(in)“ und „Altenpfleger(in)“. Für alle in Deutschland ausgebildeten Pflegekräfte ist die zuständige Behörde diejenige des Bundeslandes, in der ihre Ausbildung erfolgte (§20 KrPflG und § 26 AltPflG). In der Regel sind dies die Gesundheitsämter. Auch die Ausformulierung von Kriterien und -verfahren zur Anerkennung von Pflegekräften, die ihre Qualifikation nicht in Deutschland erworben haben, fällt in die Regelungskompetenz des Bundes bzw. für solche aus dem europäischen Wirtschaftsraum (EWR) in die Kompetenz der EU.

Die entsprechende EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (2005/36/EG) regelt jedoch ausschließlich die Anerkennung von im EWR-Raum erworbenen oder dort anerkannten Abschlüssen der Erwachsenenpflege. Insofern finden sich sowohl im Krankenpflege- als auch im Altenpflegegesetz weiterführende Vorgaben zur Anerkennung von Kinderkrankenschwestern (§ 5 KrPflG) und von Altenpflegerinnen (§ 4 AltPflG).

Die Festlegung der Zulassungskriterien obliegt also dem Bund, die Durchführung der Zulassungen aber den Ländern. Im Umkehrschluss gilt folglich, dass die

Ausformulierung von Ausbildungsinhalten *nicht* Aufgabe von Pflegekammern sein kann. Insofern findet sich auch nichts Derartiges in den neuen Rahmenvorgaben von Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen, übrigens auch in Bezug auf die Durchführung der Zulassung nicht. Insofern ist übrigens auch die in der internationalen Regulierungstheorie zentrale Kritik an Berufskammern – nämlich die Marktabschottung durch die Definition hoher Zugangshürden – auf den deutschen Kontext nicht anwendbar.

### Führen eines Berufsregisters

Ist die Erlaubnisurkunde einmal erteilt, müssen sich die Pflegekräfte z. B. bei einem Umzug in ein anderes Bundesland, jedoch nicht bei der neuen dort zuständigen Behörde melden. Ein landes- oder bundesweit einheitliches Register mit den Namen und den aktuellen Adressen aller Pflegekräfte, die eine Erlaubnis zur Führung des Berufs besitzen, besteht heute somit nicht.

Mit den geplanten bzw. bereits in Kraft getretenen gesetzlichen Rahmenvorgaben in Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen wird sich dies ändern. Durch die Errichtung der Pflegekammern werden die Mitglieder der Kammern verpflichtet, dieser die Aufnahme oder Beendigung der beruflichen Tätigkeit sowie Adressänderungen etc. zu melden (§1 (5) HeilBG, §7 (1) PBKG, §3 Pflege-KG). Die Registrierung der Kammermitglieder ist Voraussetzung dafür, Verstöße gegen die erlassene Berufsordnung zu sanktionieren (siehe unten). Darüber hinaus kann ein Register auch helfen, missbräuchliche Verwendungen der Berufsbezeichnung aufzudecken. Dies gilt jedoch letztlich nur dann, wenn sich Arbeitgeber bei der Einstellung von Kranken- bzw. Altenpflegekräften routinemäßig die aktuelle Gültigkeit der Berufsbezeichnung von der Kammer bestätigen lassen.<sup>4</sup> In den Kammergesetzen von Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein oder Niedersachsen ist diesbezüglich jedoch keine entsprechende Auskunftspflicht gegenüber Arbeitgebern geregelt. Gleichzeitig ist die Frage aufzuwerfen, inwieweit für diesen Zweck landesspezifische Berufsregister überhaupt zielführend sind. Offen ist aus Sicht der Autorin auch, ob eine missbräuchliche Nutzung der Berufsbezeichnung heute überhaupt in nennenswertem Umfang erfolgt.

Das Berufsregister ermöglicht darüber hinaus, Statistiken über die Anzahl, Qualifikations- und Altersstruktur etc. der Angehörigen der Berufsgruppe zu erstellen. Explizit formuliert dies jedoch nur das Schleswig-Holsteinische Gesetz durch § 7 PBKG. Hierdurch kann zum Beispiel die Fachkräfteplanung unterstützt und die Zahl der jährlich notwendigen Ausbildungsplätze bestimmt werden. Letztlich erfasst jedoch bereits heute die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes die Zahl der Pflegekräfte in hinreichender regionaler Gliederungstiefe – wenn auch allein bezogen auf berufstätige Pflegekräfte. Auf dieser Grundlage wurden bereits eine Vielzahl von Prognosen über das Angebot und die Nachfrage von Pflegekräften

<sup>4</sup> In Großbritannien geht die Transparenz über die Gültigkeit von Berufsbezeichnungen weit hierüber hinaus. Über eine einfache Online-Abfrage auf den Seiten der dortigen Pflegekammer – dem Nursing and Midwifery Council (NMC) – ist es jedem möglich, innerhalb weniger Sekunden zu prüfen, ob die Person tatsächlich beim NMC registriert ist und inwiefern die angegebene Berufsbezeichnung/Qualifikationen der Pflegekraft (soweit durch das NMC geschützt) dort hinterlegt ist. Siehe „*Confirm a nurse or midwife's registrations*“ unter <http://www.nmc.org.uk/>.

erstellt (SVR Gesundheit 2012, S. 81 ff. oder Rothgang et al. 2012). Das Problem scheint somit weniger eine fehlende Datengrundlage für die Darstellung des Bedarfs als vielmehr der politische Wille zur Umsetzung einer Fachkräfteplanung zu sein. Der Mehrwert einer Statistik über Berufsmitglieder wäre diesbezüglich wahrscheinlich als eher gering einzuschätzen.

### **Berufsordnung und Überwachung der Berufspflichten**

Eine Berufsordnung definiert der Bundesgesetzgeber nicht.<sup>5</sup> Es ist lediglich formuliert, dass die Berufsbezeichnung zu entziehen ist, wenn sich eine Person „*eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt*“ oder sie „*in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist*“ (§ 2 (2) KrPflG und § 2 (2) AltPflG). Zuständig für die Rücknahme der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung ist wiederum die Behörde des Landes, in dem die Antragstellerin oder der Antragsteller seine Prüfung abgelegt hat (§ 20 KrPflG und § 26 AltPflG). Vorgaben über Form, Ausgestaltung und Fristen für den Entzug der Berufserlaubnis finden sich im Rahmen des KrPflG und AltPflG nicht. Auch gibt es keine Vorgaben, Anzahl, Gründe und Ergebnis solcher Prüfungen zu erfassen und transparent zu machen.

Mit der Errichtung von Pflegekammern in Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und ggf. perspektivisch auch Niedersachsen wird sich dies für diese Länder ändern. Die Kammermitglieder werden verpflichtet, den allgemeinen und speziellen Berufspflichten nachzukommen. Definiert werden diese durch das jeweilige Kammergesetz und die durch die Kammern erlassene Berufsordnung (§ 21 ff sowie § 3 (3) HeilBG, § 30 f. PBKG, § 23 PflegeKG). Zu formulierende Berufspflichten sind u. a. die Anerkennung der eigenen Kompetenzgrenzen, der Umgang mit Pflegebedürftigen – speziell die Wahrung der Würde und Selbstbestimmung dieser –, Aufklärungs- und Verschwiegenheitspflichten sowie eine Fortbildungsverpflichtung.

Aufgabe der Kammer wiederum ist es, die Einhaltung der Berufspflichten durch die Kammermitglieder zu überwachen (§ 3 (2) Satz 1 (4) HeilBG, § 3 (1) Satz 3 PBKG, § 7 (1) Satz 1 (2) PflegeKG). Dies beinhaltet die Durchführung der Berufsgerichtsbarkeit. Die diesbezüglichen Verfahren, Fristen sowie die Besetzung der Berufsgerichte sind in den Kammergesetzen umfassend formuliert (§ 51 HeilBG, § 41 PBKG). Die berufsrechtlichen Maßnahmen sind aber letztlich auf Warnungen, Verweise und die Verhängung von Geldbußen begrenzt (§ 52 HeilBG, § 42 PBKG, § 24 PflegeKG). Der Entzug der Zulassung zum Beruf (d. h. der Entzug der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung) erfolgt weiterhin durch die zuständige Behörde auf Landes- oder Kreisebene (siehe oben).

Zu diskutieren ist in diesem Zusammenhang, inwieweit Aufwand und Nutzen einer solchen durch die Berufsgruppe administrierten Aufsicht im Verhältnis stehen und ob es diesbezüglich heute überhaupt Regelungsdefizite gibt – insbesondere deshalb, weil Pflegekräfte i. d. R. in einem Angestelltenverhältnis tätig sind und davon auszugehen ist, dass die obigen skizzierten Berufspflichten zumindest teilweise ar-

<sup>5</sup> In vier Bundesländern (Bremen, Saarland, Hamburg und Sachsen) sind landesweite Berufsordnungen in Kraft, die Aufgaben und Berufspflichten von Pflegekräften näher definieren.

beits- bzw. haftungsrechtlich gefasst sein werden. Inwiefern seitens der Arbeitgeber darauf hingewirkt wird, dass diese Pflichten eingehalten werden bzw. in welchem Umfang Pflichtverletzungen geahndet werden, ist jedoch nicht transparent. Die Einführung einer Berufsggerichtsbarkeit würde Zahl und Ergebnisse der Verfahren zumindest öffentlich machen. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass durch die Definition von Berufspflichten solche erstmals für die Öffentlichkeit nicht nur transparent werden, sondern kann auch eingefordert werden können. Die Pflegekammern können (und sollten) in diesem Sinne als Beschwerdestelle für Patienten, Pflegebedürftige und Angehörige dienen.

Offen ist jedoch, wie konsequent die Pflegekammer Verletzungen der Berufspflichten tatsächlich ahnden würde. Die Ökonomische Theorie der Regulierung und der machtheoretische Ansatz der Regulierungstheorie gehen nicht davon aus, dass die eigenen Peers den Schutz vor unsachgemäßer Pflege hinreichend administrieren.

Mit Blick auf den Aufwand wäre zudem sicherzustellen, dass die berufsrechtlichen Untersuchungen der Pflegekammern mit denen der Arbeitgeber, der für den Entzug der Berufserlaubnis zuständigen Behörde, aber auch von sonstigen Aufsichtsbehörden wie z. B. den Gesundheitsämtern oder dem MDK harmonisieren. Letztlich ist die Frage aufzuwerfen, inwiefern eine Regulierung und Aufsicht „aus einer Hand“ nicht zielführender wäre. Andere europäische Länder haben dies bereits umgesetzt: Zum Beispiel hat Schweden die Aufsicht über die Leistungsanbieter und die Gesundheitsberufe gesetzlich wie institutionell zusammengefasst (Swedish Patient Safety Act [Patientsäkerhetslag (2010:659)]). England bereitet die Zusammenführung aller Berufskammern sowie darüber hinaus eine bessere Verzahnung mit der sonstigen Aufsicht im Gesundheitswesen vor (Law Commission 2012).

### **Pflicht zur Kompetenzerhaltung/Weiterbildungspflicht**

Bestandteil der in den neuen Kammergesetzen formulierten Berufspflichten ist die Kompetenzerhaltung d. h. die Pflicht zur Weiterbildung (§ 21 ff sowie § 3 (3) HeilBG, § 30 f. PBKG, § 23 PflegeKG). Heute gibt es derartige gesetzliche Vorgaben nur in den vier Bundesländern (Bremen, Saarland, Hamburg und Sachsen), die eine Berufsordnung erlassen haben. So sind z. B. in Bremen mindestens 20 Zeitstunden Fortbildung oder vergleichbare Qualifizierungsmaßnahmen wie Tagungen, Kongresse und Hospitationen von der Pflegekraft zu absolvieren (§ 5 (2e) PflBO). Die Nachweise hierfür *können* durch das Land abgefragt werden, freiberuflich tätige Kräfte *müssen* diese erbringen. Die Mitglieder der Pflegekammern in den Ländern Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen werden künftig verpflichtet sein, sich beruflich fortzubilden (§ 22 HeilBG, § 29 PBKG, § 22 PflegeKG). Näheres werden die durch die Kammern zu erlassenden Berufsordnungen regeln.

Wiederum ist die Frage nach Aufwand und Nutzen einer derartigen Regelung zu diskutieren. Eine Fortbildungspflicht kann sicherlich dazu beitragen, bei den Berufsangehörigen das Interesse am lebenslangen Lernen zu wecken und das Bewusstsein festigen, dass ein wissensbasiertes berufliches Handeln notwendig ist. Wie aber kann eine Überprüfung der Fortbildungspflicht bei einer Berufsgruppe von der Größe der Pflegekräfte ausgestaltet sein, ohne dass erhebliche (Personal-)Ressourcen der Pflegekammern hierfür gebunden werden? Abzuwägen wäre, ob

eine Nachweispflicht z. B. in einem Drei- oder Fünf-Jahres-Intervall administrierbar ist und wenn nicht, welche Wirkungen Stichprobenprüfungen hätten.

## 7.4.2 Definition von Weiterbildungsstandards

Wie erläutert, obliegen die Definition der Zugangs- und Ausbildungsstandards zu den Heilberufen und damit auch die Erstausbildung zur Kranken- und Altenpflegekraft dem Bund. Die Weiterbildung hingegen wird durch entsprechende Landesgesetze und Verordnungen geregelt. Die jeweiligen Weiterbildungstitel<sup>6</sup>, deren Lerninhalte und Ausgestaltungen (Dauer, Umfang etc.) variieren dabei zwischen den Ländern. Daneben gibt es rund 30 Master-Studiengänge in Fachbereichen wie Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflege- und Gesundheitswissenschaft oder Palliativ-Pflege (Lücke 2013). Da solche Weiterbildungen auf akademischem Niveau nicht zu geschützten Berufstiteln führen, fällt ihre Ausformulierung nicht in die berufliche Regulierung und ist damit auch nicht Regelungsbereich der neuen Kammern. Der Gestaltungsrahmen des Landes und damit der von Pflegekammern ist folglich beschränkt: Die Definition der Ausbildungsstandards – und damit letztlich auch die des Niveaus der Ausbildung – ist in anderen Ländern aus gut nachvollziehbaren Gründen eine wesentliche Aufgabe der beruflichen Selbstverwaltung.

Für Deutschland ist eine entsprechende Mitwirkung also nur für die Weiterbildungsangebote möglich. Dies ist kein Spezifikum von Pflegekammern, sondern gilt z. B. für die Ärztekammern gleichermaßen. Die Kammergesetze aus Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein sowie der Entwurf eines solchen aus Niedersachsen definieren nur ein paar wenige Anforderungen an Umfang und Zugangsvoraussetzungen sowie bezüglich der Anerkennung von „landesfremden“ Weiterbildungstiteln. Alles übrige – d. h. insbesondere die Definition der Weiterbildungstitel und der Lehrinhalte sowie des Umfangs der Weiterbildung – obliegt der Regelung durch die Pflegekammer (§ 47 ff HeilBG, § 33 ff. PBKG, § 25 ff. PflegeKG).

Die Übertragung der Ausformulierung von Lerninhalten an die Berufsgruppe liegt auf der Hand. Die heute durch die Berufsgruppe oftmals artikulierte „Fremdbestimmung“ könnte auf diesem Wege verringert werden. Auch steigt das Bewusstsein über die eigenen Kompetenzen und den eigenen Wissensstand. Aus Sicht der Allgemeinheit ist aber zu klären, inwiefern die durch die Pflegekammern formulierten Weiterbildungsanforderungen der Versorgungswirklichkeit besser gerecht werden als die heutigen. Ein Aspekt hierbei ist die Frage, ob die Fort- und Weiterbildung dann besser den z. B. durch den Sachverständigenrat (SVR Gesundheit 2007) oder den Wissenschaftsrat (Wissenschaftsrat 2012) antizipierten neuen, erweiterten Aufgabenfeldern der Pflege gerecht werden kann als wenn die Landesgesetzgeber bzw. die zuständigen Landeregierungen diese ausformulieren?

6 Eine Übersicht hierzu gibt die Bekanntmachung des Verzeichnisses der anerkannten Ausbildungsberufe und des Verzeichnisses der zuständigen Stellen (19. Juni 2015) des Bundesinstitut für Berufsbildung unter URL: [https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAAahUKEwioto7R4Y\\_JAhWG8XIKHeIwAPc&url=http%3A%2F%2Fwww.bibb.de%2Fdokumente%2Fpdf%2FVerzeichnis\\_anerkanntes\\_AB\\_2015.pdf&usq=AFQjCNFSI7BrKP2F3L40hx17uYQRIONQg&cad=rja](https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAAahUKEwioto7R4Y_JAhWG8XIKHeIwAPc&url=http%3A%2F%2Fwww.bibb.de%2Fdokumente%2Fpdf%2FVerzeichnis_anerkanntes_AB_2015.pdf&usq=AFQjCNFSI7BrKP2F3L40hx17uYQRIONQg&cad=rja) (14. Oktober 2015).

Eine andere Frage ist, ob durch die Administration der Weiterbildung durch Kammern die heute vorhandene Heterogenität der Abschlüsse zwischen den Bundesländern verringert werden kann. Es bleibt abzuwarten, ob – analog zu den Musterweiterbildungsordnungen für Ärzte – ein bundesweiter gemeinsamer Nenner auch für pflegerische Weiterbildungen gefunden werden kann.

### 7.4.3 Mitwirkung der Berufsgruppe

Neben der Überwachung der beruflichen Standards und der Ausformulierung der Weiterbildung ist auch die institutionalisierte Einbindung der Berufsgruppe in Gesetzgebungsprozesse legitime Aufgabe einer Pflegekammer. Heute ist die Einbindung des Berufsstands der Pflegenden in den gesetzlichen Kontext von Berufsbildungs- und Regulierungsfragen nicht institutionalisiert. Im Gegensatz zum Berufsbildungsgesetz – der gesetzlichen Grundlage der dualen Ausbildungsgänge – sehen das Krankenpflegegesetz und das Altenpflegegesetz keine Mitwirkung der Berufsgruppe vor, nicht einmal in Form von Anhörungen.<sup>7</sup> Darüber hinaus ist die Berufsgruppe der Pflegenden im Vergleich zur Ärzteschaft in der Selbstverwaltung des Gesundheitssystems schwach verankert. Zu unterscheiden ist hierbei die Einbindung in die untergesetzliche Normgebung im Rahmen der Gesundheitsversorgung (geregelt über das SGB V) und der Langzeitpflege (geregelt über das SGB XI).

Bezogen auf erstere ist der Deutsche Pflegerat e. V. als Dachverband der Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens in einige Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung eingebunden. Letztlich fehlt aber eine Einbindung in den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Der G-BA ist das zentrale Entscheidungsgremium bei der Festlegung von untergesetzlichen Normen (Richtlinien) im deutschen Gesundheitswesen. Diese Entscheidungen haben einen erheblichen Einfluss auf die Berufsgruppe der Pflegenden. So erlässt der G-BA zum Beispiel Richtlinien zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege oder zur selbständigen Ausübung zur Heilkunde. Die Berufsgruppe der Pflegekräfte besitzt im G-BA keine Mitwirkungsrechte. Den Ärzten hingegen wird über die Arbeitsgemeinschaften der Ärztekammern auf Bundesebene (d. h. die Bundesärztekammer (BÄK)) bei Beschlüssen, die ihre Berufsausübung betreffen, Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben (§ 91 (5) SGB XI). Anders ist das heutige Mitwirkungsrecht der Pflegekräfte im Kontext des SGB XI zu bewerten. Hier bestehen „echte“ Beratungsrechte. Hervorzuheben ist das gesetzlich verbrieftete Recht auf Beteiligung bei der Ausgestaltung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in § 113 SGB XI. Mitspracherechte finden sich auch in den Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen (§ 114a (7) Satz 2 SGB XI) und bei deren Veröffentlichung (§ 115 (1a) Satz 9 SGB XI). Auch bei der Entwicklung von Expertenstandards nach § 113a SGB XI sind die Verbände der Pflegekräf-

<sup>7</sup> Laut Berufsbildungsgesetz sind auch die jeweils betroffenen Berufsverbände berechtigt, Vertreter in die Berufsbildungsausschüsse zu entsenden (§ 77 BBIG). Diese Ausschüsse sind „in allen wichtigen Angelegenheiten der beruflichen Bildung zu unterrichten und zu hören“ (§ 79 (1) Satz 1 BBIG). Der Ausschuss hat zudem auf die Entwicklung der Qualität der beruflichen Bildung hinzuwirken. Auch muss er den Rechtsvorschriften zustimmen, die die für die Durchführung der Berufsbildung zuständige Behörde erlassen hat.

te auf Bundesebene zu beteiligen; anzuhören sind sie bei der Festlegung der Richtlinien der Pflegekassen zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI.

Nach Errichtung der Landespflegekammern haben die jeweiligen Gesetzgeber und Landesregierungen mit den Pflegekammern einen demokratisch legitimierten Ansprechpartner. Die Beratung bei der Norm- und Gesetzgebung ist explizit als Aufgabe der Kammer formuliert (§3 (2) Satz 1 Aufz. 5 HeilBG, § 3 (1) Satz 1 Aufz. 2., § 7 (1) Satz 1 Aufz. 5b PflegeKG). Auch wird die Kammer zum Beispiel in die Landespflegeausschüsse eingebunden, die Empfehlungen zur Umsetzung der Pflegeversicherung geben (§ 121 und § 122 HeilBG).

Gesundheitspolitik ist in Deutschland jedoch fast ausschließlich Sache des Bundes. Das Gesundheits- und Pflegesystem wird durch das SGB V und das SGB XI bestimmt. Die Errichtung von Pflegekammern wird an der Mitwirkung der Berufsgruppe auf Bundesebene somit vorerst nichts verändern. Um die Kammern einzubinden, müssten SGB V und SGB XI entsprechend angepasst werden. Zu klären wäre, inwiefern eine solche gesetzliche Änderung voraussetzt, dass in allen Bundesländern Pflegekammern errichtet werden. Zudem ist vorauszusehen, dass die Landespflegekammern nur dann einen relevanten Einfluss haben werden, wenn sie es schaffen, ihre Interessen auf Bundesebene zu harmonisieren. Denkbar wäre die Schaffung einer Arbeitsgemeinschaft analog der BÄK; wohlgermerkt nicht in der Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts – auch die BÄK ist ein rechtsfähiger Verein.

## 7

## 7.5 Zusammenfassung und Fazit

Die in Deutschland zu beobachtende Auseinandersetzung zwischen Befürwortern und Gegnern von Pflegekammern fokussiert sehr auf die Frage, ob es gelingen kann, durch die Errichtung von Pflegekammern eine verbesserte Interessenvertretung der Pflegekräfte zu erreichen. Einzelne Aspekte dieser Debatte standen in der öffentlichen Wahrnehmung sehr im Vordergrund, insbesondere die von den Kammerkritikern hervorgehobene „Zwangsmitgliedschaft“ und die damit einhergehenden „Zwangsbeiträge“. Hierzu sei kurz angemerkt: Auch heute schon unterliegen alle Berufsangehörigen in der Pflege der gesetzlichen Regulierung – und zwar zwangsweise. Sie können die Regulierungsvorgaben jedoch nur sehr indirekt beeinflussen, da diese durch den Gesetzgeber festgelegt wurden und ihre Umsetzung durch verschiedene Behörden administriert wird. Nach einer Übertragung bestimmter Aufgaben an die Berufsgruppe unterliegen deren Mitglieder zwar immer noch – zwangsweise – diesen beruflichen Vorgaben, könnten jedoch deren Ausgestaltung und Umsetzung wesentlich direkter beeinflussen. Denn schließlich ist das Wesen einer beruflichen Selbstverwaltung *„die selbständige, fachweisungsfreie Wahrung enumerativ oder global überlassener oder zugewiesener öffentlicher Angelegenheiten durch unterstaatliche Träger“* (Stern 1984).

Letztlich verstellt der Fokus auf den Aspekt „Interessenvertretung“ aber den Blick auf die eigentlichen Aufgaben der beruflichen Selbstverwaltung, denn damit wird über die falsche Frage gestritten. Diese lautet nicht: Braucht es eine in Form einer Pflegekammer institutionalisierte Interessenvertretung? Sondern: Gibt es De-

fizite bei der beruflichen Regulierung und Aufsicht, die die Versorgungsqualität mindern und die Patienten unzureichend vor schlechter Pflege schützen? Und wenn ja, wie kann diesem Problem begegnet werden? Ist für die Lösung der Probleme eine Regulierung der Berufsgruppe durch diese selbst oder durch staatliche Stellen zielführend? Stehen Aufwand und Nutzen der Regulierungsvorgaben in einem angemessenen Verhältnis?

Die Aufgaben, die einer Kammer übertragen werden können, sind im Wesentlichen die Überwachung der Berufsordnung, die Formulierung von Weiterbildungsstandards sowie die Mitwirkung der Berufsgruppe an (unter)gesetzlicher Normgebung.

Ersteres eröffnet im Kern die Möglichkeit, missbräuchlicher Verwendungen der Berufsbezeichnung besser zu begegnen, wenngleich offen ist, ob hier heute überhaupt nennenswerte Defizite bestehen. Ferner wird durch den Erlass von Berufspflichten für die Öffentlichkeit transparent, nach welchem Kodex sich Pflegekräfte zu verhalten haben. Die Pflegekammer kann in diesem Sinne als Beschwerdestelle dienen und helfen, die Qualität der pflegerischen Versorgung zu verbessern. Aufwand und Nutzen sind aber abzuwägen. Es ist zu klären, inwiefern Doppelstrukturen bei der Aufsicht aufgebaut (bzw. noch verstärkt) werden und wie es gelingen kann, diese besser zu harmonisieren. Die Formulierung von Weiterbildungsstandards ist der zweite Aufgabenblock von Pflegekammern. Die Formulierung der Lerninhalte durch die Berufsgruppe verstärkt das Bewusstsein über die eigenen Kompetenzen und den Wissensstand, die Fremdbestimmung wird reduziert. Bewertet werden muss jedoch, inwiefern die durch die Kammer formulierten Weiterbildungsanforderungen den Versorgungsbedarf widerspiegeln werden. Auch ist offen, ob die Pflegekammern bewirken können, dass die bundesweite Heterogenität der Abschlüsse verringert wird.

Aus Sicht der Autorin sind dies die wesentlichen Themen, die im Diskurs um Pflegekammern in Deutschland aufgegriffen werden sollten. Im Kern geht es um die Frage, welche übergeordneten Ziele erreicht werden sollen. Geht es darum, die Regulierung und Aufsicht über den Pflegeberuf zu verbessern, die Einbindung der Berufsgruppe in die Ausgestaltung der Weiterbildung sowie bei der Mitsprache im korporatistischen Gesundheitswesen zu stärken oder soll mit Hilfe der Kammer das Berufsbild aufgewertet und die Arbeitsbedingungen verbessert werden? Soll letzteres angestrebt werden, so muss man in der Tat den Kritikern der Berufskammern beipflichten: Andere Lösungsansätze lägen hierfür eher auf der Hand, insbesondere die Akademisierung der Pflege sowie damit einhergehend die Ausweitung der Tätigkeitsfelder und Verantwortungsbereiche, eine vollständige Finanzierung der Pflegeausbildung oder die Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Nimmt man jedoch die ersten drei Punkte in den Blick, haben Pflegekammern durchaus Potenzial. Die Regulierungsdefizite sollten in diesem Fall jedoch dezidiert beschrieben und die hier formulierten Fragestellungen aufgegriffen werden.

## Literatur

- Abbott A. *The System of Profession: An Essay on the Devision of Expert Labor*. Chicago/London: The University of Chicago Press 1988.
- Allsop J, Saks M. *Regulating the Health Professions*. London: SAGE Publications Ltd 2003.
- Baldwin R, Cave M, Lodge M. *Understanding Regulation: Theory, Strategy, and Practice*. Oxford: Oxford University Press 2012.
- Bauchhage-Hoffer F. Aktuelle Statements der Pflegekammerbefürworter – Polemik statt Argumente. *Gesundheit und Pflege* 2014 (3): 105–11.
- Combe A, Helsper W. Einleitung: Pädagogische Professionalität. In: Helsper W, Combe A. *Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. Suhrkamp 1996.
- Cox C, Foster S. *The Cost and Benefits of Occupational Regulation*. Washington, DC: Bureau of Economics, Federal Trade Commission, Government Printing Office 1990.
- Croley SP. Beyond capture: towards a new Theory of regulation. In: Levi-Faur D. *Handbook On The Politics Of Regulation*. Cheltenham, UK, Northampton, MA, USA: Edward Elgar 2011.
- Feintuck M. Regulatory Rationales Beyond the Economic: In Search of the Public Intrest. In: Baldwin R, Cave M, Lodge M. *The Oxford Handbook of Regulation*. New York: Oxford University Press 2010.
- Freidson E. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: Neuauflage durch University Of Chicago Press (1988) 1970.
- Freidson E. *Professionalism, the Third Logic: On the Practice of Knowledge*. Chicago: University Of Chicago Press 2001.
- Friedmann M. *Capitalism and Freedom*. Chicago: University of Chicago Press 1962.
- Hesse HA. *Berufe im Wandel: Ein Beitrag zum Problem der Professionalisierung*. Stuttgart: Enke 1968.
- Igl G. *Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit*. München: Urban & Vogel 2008.
- Info GmbH. *Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur Errichtung einer Pflegekammer in Hamburg – Freie und Hansestadt Hamburg Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz*. <http://www.hamburg.de/contentblob/4272292/data/abschlussbericht-befragung.pdf>. (03. Mai 2015).
- Infratest dimap. *Evaluationsstudie „Pflegekammer Niedersachsen“: Eine Studie im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration durchgeführt von Infratest dimap*. [www.ms.niedersachsen.de/download/76170/Evaluationsstudie\\_Pflegekammer\\_Niedersachsen.pdf](http://www.ms.niedersachsen.de/download/76170/Evaluationsstudie_Pflegekammer_Niedersachsen.pdf). (05. März 2015).
- Kleiner MM, Marrier A, Park KW, Wing C. *Relaxing Occupational Licensing Requirements: Analyzing Wages and Prices for a Medical Service*. <http://www.ncpa.org/pdfs/AEA.conference.relaxing.licensing.pdf>. (08. November 2015).
- Kleiner MM, Kudrle RT. Does regulation affect economic outcomes? The case of dentistry. *Journal of Law & Economics* 2000; 43(2): 547–82.
- Larson M. *The rise of Professionalism - A sociological Analysis*. Berkeley and Los Angeles, Carlifornia: University of California Press 1977.
- Law Commission. *Regulation of Health Care Professionals and Regulation of Social Care Professionals in England – A Joint Consultation Paper*. [http://lawcommission.justice.gov.uk/docs/cp202\\_regulation\\_of\\_healthcare\\_professionals\\_consultation.pdf](http://lawcommission.justice.gov.uk/docs/cp202_regulation_of_healthcare_professionals_consultation.pdf). (10. Januar 2013).
- Law MT, Kim S. Specialization and Regulation: The Rise of Professionals and the Emergence of Occupational Licensing Regulation. *Journal of Economic History* 2005; 65 (3): 723–56.
- Law MT, Marks MS. Certification vs. Licensure: Evidence from Registered and Practical Nurses in the United States, 1950–1970. <http://faculty.ucr.edu/~mmarks/Papers/law2012certification.pdf>. (28. Mai 2012).
- Lücke S. Wo steht die Akademisierung? *Die Schwester Der Pfleger* 2013; 52 (3): 302–7.
- Lugo NR, O’Grady ET, Hodnicki D, Hanson C. Are regulations more consumer-friendly when boards of nursing are the sole regulators of nurse practitioners? *Journal of Professional Nursing* 2010; 26 (1): 29–34.

- Martini M. Die Pflegekammer – veraltungspolitische Sinnhaftigkeit und rechtliche Grenzen. Berlin: Duncker & Humblot 2014.
- Parsons T. The Professions and Social Structure. *Social Forces* 1939; 17 (4): 457–67.
- Pauly M, McGuire T, Barros P. *Handbook of Health Economics*. Oxford: North Holland 2012.
- Plantholz M. Pflegekammer – Gutachten über die rechtlichen Probleme und Möglichkeiten der Errichtung einer Pflegekammer auf Landesebene. Gutachten, erstellt im Auftrage der Bündnis 90/Grüne (AL)/UFV – Fraktion im Abgeordnetenhaus von Berlin 1994.
- Price D. *Legal Aspects of the Regulation of the Health Professions*. In: Allsop J, Saks M. *Regulating the Health Professions*. London: SAGE Publications Ltd 2003.
- Roßbruch R. Sind Pflegekammern verfassungsrechtlich zulässig und berufspolitisch notwendig? Sieben Thesen zur rechtlichen und berufspolitischen Begründung der Errichtung von Pflegekammern. *PflegeRecht* 2001; 1: 2–16.
- Rothgang H, Müller R, Unger R. Themenreport „Pflege 2030“: Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2012.
- Schulz-Koffka G, Deter E. Rechtliche Zulässigkeit und mögliche Kompetenzen einer Pflegekammer in Niedersachsen: Rechtsgutachten erstattet im Auftrage des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration. [www.ms.niedersachsen.de](http://www.ms.niedersachsen.de) (05. März 2015).
- Seewald O. Die Verfassungsmäßigkeit der Errichtung einer Kammer für Pflegeberufe im Freistaat Bayern. München: Förderverein zur Gründung einer Pflegekammer in Bayern e. V. 1998.
- Stern K. *Das Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland – Band I: Grundbegriffe und Grundlagen des Staatsrechts. Strukturprinzipien der Verfassung*. München: C. H. Beck 1984.
- SVR Gesundheit. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2007.
- SVR Gesundheit. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012.
- TNS Infratest Sozialforschung GmbH. Bayerische Pflegekräftebefragung. Abschlussbericht November 2013. Durchgeführt im Auftrag der Hochschule München. [http://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/dachmarke/dm\\_lokal/presse/news\\_1/dokumente\\_46/2013\\_2/12\\_11/Anlage1\\_Pflegekammer\\_Bericht\\_Infratest\\_02122013.pdf](http://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/dachmarke/dm_lokal/presse/news_1/dokumente_46/2013_2/12_11/Anlage1_Pflegekammer_Bericht_Infratest_02122013.pdf). (05. März 2015).
- TNS Infratest Sozialforschung GmbH. Meinungsumfrage zur Errichtung einer Pflegekammer in Schleswig-Holstein: Abschlussbericht Oktober 2013: Durchgeführt im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein [http://www.schleswig-holstein.de/MSGFG/DE/Gesundheit/Pflegekammer/abschlussbericht\\_\\_blob=publicationFile.pdf](http://www.schleswig-holstein.de/MSGFG/DE/Gesundheit/Pflegekammer/abschlussbericht__blob=publicationFile.pdf). (05. März 2015).
- Weidner F. Die Pflegekammer kommt! Ja, warum denn nicht? *Die Schwester Der Pfleger* 2014; 53 (4/14).
- White WD, Marmor TR. New Occupations, Old Demands: The Public Regulation of Paraprofessionals. *Journal of Policy Analysis and Management* 1982; 1 (2): 243–56.
- Wilensky H. The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology* 1964: 137–58.
- Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>. (10. Februar 2013).
- Zweifel P, Eichenberger R. The Political Economy of Corporatism in Medicine: Self-Regulation or Cartel Management? *Journal of Regulatory Economics* 1992; 4: 89–108.

This page intentionally left blank

# 8 „Live-in-Arrangements“ in deutschen Haushalten: Zwischen arbeitsrechtlichen/ -vertraglichen (Un-)Sicherheiten und Handlungsmöglichkeiten

Agnieszka Satola und Beate Schywalski

## Abstract

Der demografische Wandel und die damit einhergehende Alterung der Bevölkerung bei gleichzeitig sinkender Geburtenrate, die Zunahme altersbedingter Krankheitsbilder, unzureichende sozialstaatliche Pflegeangebote für die häusliche Versorgung, die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen, die lange Zeit traditionell die Versorgerinnen von Eltern bzw. alten Verwandten waren, sowie die Abkehr von traditionellen Rollen- bzw. Generationsbeziehungen resultieren im sogenannten Pflegenotstand. Dessen Bewältigung erfolgt häufig durch Delegation von Versorgungsaufgaben bis hin zur tages- und nachtumfangsenden bezahlbaren Pflege an überwiegend weibliche Migrantinnen<sup>1</sup>.

Die wachsende Zahl älterer Menschen hängt u. a. mit der steigenden Lebenserwartung zusammen, deren Ursachen in verbesserten Lebensbedingungen, einem größeren Gesundheitsbewusstsein, medizinischem Fortschritt, besserer ärztlicher Versorgung sowie in einer Verringerung der körperlichen Arbeit liegen. Diese durchaus positiven Faktoren korrespondieren mit einem Wandel der Krankheitsbilder (Stichwort: Demenz) im fortgeschrittenen Alter der Bevölkerung.

Demographic change and the resulting aging of the population, combined with declining birth rates, the increase of age-related medical conditions, inadequate social welfare services for home care, the increasing employment of women, who traditionally used to be caregivers of parents or old relatives, as well as the move away from traditional roles or intergenerational relationships result in a so-called crisis in care. People concerned with this situation often cope by delegating caregiving and even affordable comprehensive day or night care to mostly female migrants.

The growing number of older people is related to, inter alia, the increasing life expectancy, which is due to improved living conditions, greater health awareness, medical progress, improved medical care and in a reduction of physical labor. These by all means positive factors correspond to a change in disease patterns (keyword: dementia) in elderly people.

<sup>1</sup> Die weibliche Form schließt grundsätzlich die männliche Form mit ein.

## 8.1 Gründe der grenzüberschreitenden häuslichen Versorgung

Das Phänomen grenzüberschreitender häuslicher Versorgung oder auch „Sorgearbeit“<sup>2</sup> ist seit mehr als zwei Jahrzehnten<sup>3</sup> in Deutschland zu beobachten. Der daraus resultierende „Pflegemarkt“ hat viele Facetten und Formen, die im Weiteren detaillierter beschrieben werden.

Die häusliche/ambulante Pflege wird in Deutschland gegenüber stationärer Versorgung in über zwei Dritteln der Fälle bevorzugt<sup>4</sup>; es ist davon auszugehen, dass es den Wünschen der Menschen entspricht, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben.

Die meisten erwerbstätigen Kinder können und wollen es sich von ihrer Lebensplanung her und auch finanziell nicht erlauben, ihren Beruf aufzugeben oder zumindest zeitlich einzuschränken, um ihre Familienangehörigen zu pflegen. Sie übernehmen zwar häufig offiziell die Pflege ihrer Eltern, tatsächlich greifen sie jedoch auf „die preiswerte Pflege und Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ durch Arbeitskräfte aus Osteuropa zurück. Diese übernehmen also mittlerweile immer mehr die Sorgearbeit, die vorher im Rahmen des Generationenvertrages von den nahen Angehörigen (meist in der Tochter-Eltern-Beziehung) geleistet worden war.

Die Folge: In zehntausenden Haushalten in Deutschland werden Migrantinnen „irregulär“ beschäftigt, um ältere pflegebedürftige Menschen zu betreuen. Vorsichtige Schätzungen gehen von 300 000<sup>5</sup> bis 400 000 Care-Migrantinnen, überwiegend Frauen aus Osteuropa, aus. Die skizzierte Entwicklung bei gleichzeitig steigender Wertigkeit und Bedeutung von Frauenerwerbstätigkeit, weiterem Geburtenrückgang, steigender Betreuungsnotwendigkeit – insbesondere bei der steigenden Quote demenziell erkrankter alter Menschen – wird zu einem rapiden Anstieg der Nachfrage nach bezahlbaren haushaltsnahen Dienstleistungen in den nächsten Jahren führen. Wir nehmen es vorweg: Sofern es zukünftig keine einschneidenden sozialstaatlichen Regelungen bei gleichzeitigem Wandel des Gesellschaftsbildes bzgl. der alten Menschen gibt, wird die Zahl der Care-Migrantinnen in gleichem Maße steigen. Die „Sorgearbeit“ wird also zukünftig nicht mehr als Klammer im Generatio-

2 Der laut der Studie „Wen kümmert die Sorgearbeit? Gerechte Arbeitsplätze in Privathaushalten“ definierte Begriff umfasst alle Tätigkeiten, die auf die Leiblichkeit des Menschen bezogen sind: Putzen, Aufräumen, Waschen, Bügeln, Kochen, Betreuung von kleinen Kindern und Pflege von kranken und älteren Menschen.

3 Die Beendigung des Ost-West-Konflikts im Jahr 1990 erleichterte die Migration.

4 Nach den Pflegestatistiken des Statistischen Bundesamtes gab es in Deutschland im Jahr 2013 insgesamt 2,6 Millionen Pflegebedürftige, davon wurden 1,86 Millionen (71 %) zu Hause und 764 000 (29 %) in Pflegeeinrichtungen vollstationär versorgt (Destatis 2013, S. 5).

5 Der Bereich der irregulären Beschäftigung lässt sich statistisch kaum erfassen, da es sich zum einen um nicht angemeldete Arbeitsverhältnisse handelt. Zum anderen wird sie durch die Einstellung in Privathaushalten gedeckt und ist somit schwer kontrollierbar. Dennoch steigt mit der Alterung der Gesellschaft der Bedarf an der häuslichen Betreuung und die Zahl der in den Haushalten beschäftigten Migrantinnen nimmt sowohl international als auch in Bezug auf Deutschland zu. Die UN-Organisation ILO (International Organisation) weist auf die dramatisch wachsende Zahl der Haushaltsarbeiterinnen hin: Im Zeitraum von 1995 bis 2010 ist die Zahl der in Privathaushalten Beschäftigten von 33,2 Millionen auf 52,6 Millionen gestiegen (ILO 2013, S. 2).

nenvertrag gelten und innerhalb der Familie geleistet werden, sondern in Form von „Fremdarbeit“, die aus sogenannten Billiglohnländern „preiswert eingekauft wird“.

## 8.2 Häusliche Versorgung zum „Billigtarif“

Im Durchschnitt erhalten die irregulär beschäftigten Haushaltshilfen für eine 24-Stunden-Betreuung eine Entlohnung in Höhe von ca. 1 000 bis 2 000 Euro monatlich, inklusive Verpflegung und Unterbringung<sup>6</sup>. (Satola 2015; Schacher und Emunds 2012, S. 4, Karakayali 2010). Vergleichbare Dienstleistungen bieten ambulante Pflegedienste nur in seltenen Fällen an. Eine 24-Stunden-Betreuung wäre für viele Klientinnen und Klienten mit sehr hohen Kosten verbunden, sodass nur wenige Haushalte in der Lage wären, diese zu finanzieren.

Beispielhaft dazu dient der in Abbildung 8–1 dargestellte Kostenvoranschlag, der für einen Musterpatienten (Pflegestufe 1 mit eingeschränkter Alltagskompetenz) erstellt wurde. Wir gehen davon aus, dass eine Grundversorgung (bspw. Module „Besuchsplan“ und „Leistungsbeschreibung“ Rheinland-Pfalz, siehe Abbildung 8–2 und 8–3) und Betreuung 24 Stunden am Tag notwendig ist. Hochgerechnet auf einen Monat ergibt sich nach unseren Berechnungen eine Summe von 23 558,40 € abzüglich der Leistungen nach SGB XI.

Je nach Zustand der Klientinnen und Klienten können die Module variieren. Hier wird angenommen, dass der Musterpatient Hilfe bei der Pflege braucht, morgens eine Ganzkörperwaschung und abends eine Teilwaschung. Er ist inkontinent und benötigt Unterstützung bei den Ausscheidungen. Der Patient ist mobil, d. h. er benötigt keine Hilfe beim Aufstehen, ins Bad gehen usw.). Die Rund-um-die-Uhr-Betreuung – Häusliche Betreuung gemäß § 124 SGB XI im Rahmen der ambulanten Pflege – wird aus Kostengründen in seltenen Fällen seitens der Pflegebedürftigen in Anspruch genommen. Diese teuerste Dienstleistungsform gehört zum Haupttätigkeitsfeld der irregulär beschäftigten Haushaltshilfen. Diese leisten Geselligkeitsarbeit, indem sie mit den Klientinnen und Klienten Zeit verbringen, sich mit ihnen unterhalten und sie bei den alltäglichen Tätigkeiten wie Fernsehen, Spaziergehen etc. begleiten. Zudem ergänzen sie deren Grundbedürfnisse um Zuneigung und menschliche Wärme, die aus dem langen und permanenten Zusammensein mit ihnen resultieren (Satola 2013, S. 38). Diese Arbeiten stellen ein wichtiges Moment der häuslichen Pflege dar, denn sie bilden den Anteil im Leben der Klientinnen und Klienten, der über ein rein technisches Überleben hinausgeht. Dies unterscheidet die Tätigkeit von der Arbeit der regulären Pflegedienste, die nur punktuell erscheinen (Satola 2015, S. 227).

6 Satola fand auf Grundlage ihrer langjährigen Beobachtung des Feldes der irregulären Pflege sowie von 20 Interviews, die sie im Rahmen ihrer Dissertationsforschung durchgeführt hat, heraus, dass die Vergütung zwischen 900 und 2 000 Euro schwankt (Satola 2015). Nach Emunds und Schacher beträgt der Stundenlohn für die irregulär arbeitenden Migrantinnen zwischen 70 Cent und 2 Euro pro Stunde (Emunds und Schacher 2012, S. 4), nach Husmann erhalten sie zwischen 800 und 1 400 Euro (Husmann 2010, S. 30) und nach Karakayali um die 1 000 Euro (Karakayali 2010, S. 162).

Abbildung 8–1

<b>Anhang zum Pflegevertrag</b>			
<b>Anhang zum Pflegevertrag</b> Angebotskalkulation für Pflegeleistungen			
<b>Herr Mustermann</b> Musterstrasse 55262 Musterhausen			
Geburtsdatum:	01.01.1950		
VersichertenNr.:	123 45 67		
Pflegestufe I			
<b>Kostenvoranschlag</b>			
Leistungen (SGBXI)	Anzahl/Zeit	Einzelpreis	Gesamtbetrag
Altenpflegeumlage			45,90 €
L01 Kleine Toilette	30	15,37 €	461,10 €
L02 Große Toilette	30	21,52 €	645,60 €
L0 Hilfe bei Ausscheidungen	60	6,16 €	369,60 €
L14a 1/2 Grundreinigung	30	31,64 €	949,20 €
L18 Einkauf/Besorgungen	60	8,78 €	526,80 €
L19 Zubereiten einer warmen Mahlzeit	30	15,85 €	475,50 €
L20 Zubereiten einer einfachen Mahlzeit	60	3,50 €	210,00 €
L22 60 min. Betreuung § 124	570	31,44 €	17 920,80 €
L24 45 min. Betreuung § 124	30	23,58 €	707,40 €
L50 Hausbesuchspauschale	90	5,48 €	493,20 €
<b>Zwischensumme</b>			<b>22 805,10 €</b>
Weitere Anspruchnahme der Sachleistungen			468,00 €
Anteil Pflegekasse			-468,00 €
Eigenanteil			22 337,10 €
Investitionskosten			1 221,30 €
<b>Gesamtsumme</b>			<b>24 026,40 €</b>
<b>Eigenanteil</b>			<b>23 558,40 €</b>
Pflege-Report 2016			Wido

### 8.3 Arbeitsbedingungen irregulärer Pflege

Eine von Familienangehörigen bezahlbare „Umverteilung“ der Sorgearbeit an ausländische Pflegekräfte wird erst möglich durch die Irregularität der Tätigkeiten, d. h. es handelt sich um eine Arbeit ohne jegliche kontraktuelle Grundlagen. Die meisten der irregulär arbeitenden Migrantinnen und Migranten haben zwar einen legalen Aufenthaltsstatus, sie benötigen seit der EU-Osterweiterung und der Ausweitung des Freizügigkeitsgesetzes auch keine Arbeitserlaubnis, um in Deutschland erwerbstätig zu sein,<sup>7</sup> sie könnten also ohne große Probleme regulär beschäftigt

7 Zum 1.5.2011 bzw. für die Pflegekräfte aus Rumänien und Bulgarien zum 1.1.2014.

Abbildung 8–2

Besuchsplan						
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Große Toilette</li> <li>• Hilfe bei Ausscheidungen</li> <li>• 1/2 Grundreinigung</li> <li>• Einkauf/ Besorgungen</li> <li>• Einkauf/ Besorgungen</li> <li>• Zubereiten einer einf. Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Große Toilette</li> <li>• Hilfe bei Ausscheidungen</li> <li>• 1/2 Grundreinigung</li> <li>• Einkauf/ Besorgungen</li> <li>• Einkauf/ Besorgungen</li> <li>• Zubereiten einer einf. Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Große Toilette</li> <li>• Hilfe bei Ausscheidungen</li> <li>• 1/2 Grundreinigung</li> <li>• Einkauf/ Besorgungen</li> <li>• Einkauf/ Besorgungen</li> <li>• Zubereiten einer einf. Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Große Toilette</li> <li>• Hilfe bei Ausscheidungen</li> <li>• 1/2 Grundreinigung</li> <li>• Einkauf/ Besorgungen</li> <li>• Einkauf/ Besorgungen</li> <li>• Zubereiten einer einf. Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Große Toilette</li> <li>• Hilfe bei Ausscheidungen</li> <li>• 1/2 Grundreinigung</li> <li>• Einkauf/ Besorgungen</li> <li>• Einkauf/ Besorgungen</li> <li>• Zubereiten einer einf. Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Große Toilette</li> <li>• Hilfe bei Ausscheidungen</li> <li>• 1/2 Grundreinigung</li> <li>• Einkauf/ Besorgungen</li> <li>• Einkauf/ Besorgungen</li> <li>• Zubereiten einer einf. Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Große Toilette</li> <li>• Hilfe bei Ausscheidungen</li> <li>• 1/2 Grundreinigung</li> <li>• Einkauf/ Besorgungen</li> <li>• Einkauf/ Besorgungen</li> <li>• Zubereiten einer einf. Mahlzeit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zubereiten einer warmen Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zubereiten einer warmen Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zubereiten einer warmen Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zubereiten einer warmen Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zubereiten einer warmen Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zubereiten einer warmen Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zubereiten einer warmen Mahlzeit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kleine Toilette</li> <li>• Hilfe bei Ausscheidungen</li> <li>• Zubereiten einer einf. Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kleine Toilette</li> <li>• Hilfe bei Ausscheidungen</li> <li>• Zubereiten einer einf. Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kleine Toilette</li> <li>• Hilfe bei Ausscheidungen</li> <li>• Zubereiten einer einf. Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kleine Toilette</li> <li>• Hilfe bei Ausscheidungen</li> <li>• Zubereiten einer einf. Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kleine Toilette</li> <li>• Hilfe bei Ausscheidungen</li> <li>• Zubereiten einer einf. Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kleine Toilette</li> <li>• Hilfe bei Ausscheidungen</li> <li>• Zubereiten einer einf. Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kleine Toilette</li> <li>• Hilfe bei Ausscheidungen</li> <li>• Zubereiten einer einf. Mahlzeit</li> </ul>
<b>Betreuung § 124:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 min.</li> </ul>	<b>Betreuung § 124:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 min.</li> </ul>	<b>Betreuung § 124:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 min.</li> </ul>	<b>Betreuung § 124:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 min.</li> </ul>	<b>Betreuung § 124:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 min.</li> </ul>	<b>Betreuung § 124:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 min.</li> </ul>	<b>Betreuung § 124:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 min.</li> </ul>
Pflege-Report 2016						WldO

werden. Wegen der günstigeren Konditionen werden sie jedoch tatsächlich ohne reguläre arbeitsvertragliche Gestaltung und außerhalb geltender Gesetzesrichtlinien beschäftigt. Die irreguläre Beschäftigung entsteht im Zuge einer restriktiven Einwanderungspolitik bei gleichzeitig stillschweigender Duldung der „Umverteilung“ durch Politik, staatliche Organe und Öffentlichkeit mangels Bereitstellung und Förderung innovativer Alternativen.

Die in der häuslichen Pflege irregulär beschäftigte Migrantinnen arbeiten in sogenannten Live-in-Arrangements, d. h. sie wohnen am Arbeitsplatz und sind rund um die Uhr (24/7) im Haushalt der Pflegebedürftigen beschäftigt; die Lage der betroffenen Frauen ist dadurch in mehrfacher Hinsicht prekär.

Durch die Live-in-Situation und das Fehlen (arbeits-)rechtlicher Grundlagen sind sowohl die Arbeitszeiten als auch die Aufgaben nicht klar geregelt, die Grenzen zwischen Beschäftigungs-, Bereitschafts- und Freizeit zerfließen bzw. sind gar nicht vorhanden. Die Unterbezahlung und die mangelnde gesellschaftliche Anerkennung ihrer Pflegearbeit machen ihre unterprivilegierte Position aus und degradieren sie zur „billigen Hilfskraft“ im Sinne einer „Dienstmagd“. Die Rund-um-die-Uhr-Beschäftigung, die oftmals mit einem wochen- oder monatelangen „Zusammenleben“ mit den Klientinnen und Klienten in einem Haus oder einer Wohnung

Abbildung 8–3

<b>Leistungsbeschreibung</b>	
<b>Leistung</b>	<b>Beschreibung</b>
<b>Kleine Toilette</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes</li> <li>2. An- und Auskleiden</li> <li>3. Teilwaschen inkl. Hautpflege und Dekubitus- und Pneumonie prophylaxe</li> <li>4. Mundpflege und Zahnpflege, Zahnprothesenpflege einschl. Parodontitis- und Soorprophylaxe</li> <li>5. Kämmen</li> </ol>
<b>Große Toilette</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes</li> <li>2. An- und Auskleiden</li> <li>3. Waschen, Duschen inkl. Hautpflege und Dekubitus- und Pneumonieprophylaxe</li> <li>4. Rasieren</li> <li>5. Mundpflege und Zahnpflege, Zahnprothesenpflege einschl. Parodontitis- und Soorprophylaxe</li> <li>6. Kämmen</li> </ol>
<b>Hilfe bei Ausscheidungen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. An- und Auskleiden</li> <li>2. Hilfen/Unterstützung bei der Blasen- und/oder Darmentleerung (im Falle eines Katheters oder Stomas entsprechende Versorgung)</li> <li>3. Intimpflege</li> </ol>
<b>Einkauf/Besorgungen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Erstellen eines Einkaufs- und Speiseplans</li> <li>2. Das Einkaufen von <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebensmitteln</li> <li>• sonstigen notwendigen Bedarfsgegenständen der Hygiene und hauswirtschaftlichen Versorgung</li> </ul> </li> <li>3. Unterbringung der eingekauften Gegenstände in der Wohnung/ Vorratsschrank</li> <li>4. Besorgungen (Apotheke, Post, Reinigung)</li> </ol>
<b>Zubereiten einer warmen Mahlzeit</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kochen</li> <li>2. Spülen</li> <li>3. Reinigen des Arbeitsbereiches</li> </ol>
<b>Zubereiten einer einfachen Mahlzeit</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zubereitung</li> <li>2. Spülen</li> <li>3. Reinigen des Arbeitsbereiches</li> </ol>

Pflege-Report 2016 WIdO

einhergeht, führt letztlich auch zu einer räumlichen und zeitlichen Einschränkung, es fehlt insoweit jegliche Privatsphäre. Dabei sind die in der häuslichen Pflege irregulär beschäftigten Migrantinnen oft für die Gesamtproblematik und die entsprechende Gesamtlebenslage ihrer Klientinnen und Klienten verantwortlich. Durch die intensive emotionale Einbindung sind die Pflegekräfte mitbetroffen von den Leidensprozessen der Pflegebedürftigen, die sie ständig begleiten und zu lindern versuchen. Hinzu kommt die alltägliche wiederkehrende und pausenlose schwere physische und psychische Arbeit bei permanenter Orientierung an den Bedürfnissen der

Klientinnen und Klienten. Letztendlich findet die Arbeit in einem sehr eingeschränkten Interaktionsrahmen statt, der sich durch mangelnde Möglichkeiten der Kommunikation, Einsamkeit und Isolation auszeichnet (Satola 2014, S. 1).

Die meisten irregulären Pflegekräfte arbeiten in selbstorganisierten Rotationsystemen jenseits staatlicher oder arbeitsrechtlicher Regelungen und wechseln turnusmäßig (z. B. alle paar Wochen oder Monate, je nach Absprache), sodass zwei oder mehr Pflegenden sich um jeweils eine Person kümmern. Bei der Selbstorganisation der irregulären Pflege spielen die ethnischen Netzwerke eine entscheidende Rolle; viele Frauen haben über Mundpropaganda und informelle Kontakte zu ihrem Arbeitsplatz gefunden. Sie entgehen somit unseriösen Vermittlungsagenturen, die einen großen Teil des Lohns für die Vermittlung der Arbeit berechnen und mit „Knebelverträgen“ dafür sorgen, dass die Flexibilität der Arbeitszeit und Rotationsmöglichkeiten stark eingeschränkt sind.

Bei einer Vermittlung durch Agenturen haben die Betroffenen bzw. deren Verwandte oftmals unvollständige oder falsche Informationen über das Arbeitsverhältnis, sodass sie in der Regel nicht wissen, wie die Entlohnung und sonstige Regelungen zwischen Agentur und Betreuerin gestaltet sind. Damit bleiben den Pflegebedürftigen bzw. deren Verwandten die gesamten Vermittlungsbedingungen verborgen.

## 8.4 Reguläre Anstellung von Care-Migranten

Seit der Einführung der Arbeitnehmerfreizügigkeit<sup>8</sup> besteht die Möglichkeit, ausländische Haushaltshilfen, Pflegekräfte oder Pflegehilfskräfte legal einzustellen. Pflegebedürftige selbst oder ihre Familienangehörige fungieren hier als Arbeitgeber und haben sozialversicherungs- und steuerrechtliche Melde- und Abgabepflichten. Bei der Anstellung ist zu beachten, dass die Arbeitskraft beim Einwohnermeldeamt und bei der Krankenkasse angemeldet ist, eine Betriebsnummer bei der Arbeitsagentur beantragt wird sowie Sozialversicherungsbeiträge entrichtet werden. Nach der Ausweitung der Arbeitnehmerfreizügigkeit wurden in manchen Fällen die bisherigen irregulären Arbeitsverhältnisse in legale Arbeitsverhältnisse umgewandelt. Ansonsten werden Arbeitskräfte durch die Bundesagentur für Arbeit oder Arbeitsämter im Ausland vermittelt. Als haushaltsnahe Dienstleistung können die Arbeitgeber 20 % der Kosten – maximal 4000 € im Jahr – steuerrechtlich absetzen. Für das Arbeitsverhältnis kann eine sechsmonatige Probezeit mit einer zweiwöchigen Kündigungszeit vereinbart werden. In Abschnitt 8.6 wird dieses Arbeitgeber-Modell anhand eines Projektes „Heraus aus der Grauzone“<sup>9</sup> kurz vorgestellt.

8 Die Arbeitnehmerfreizügigkeit ist für Personen aus den am 1.5.2004 zur Europäischen Union beigetretenen Ländern Estland, Lettland, Litauen, Polen, Slowakische Republik, Slowenien, Tschechische Republik sowie Ungarn am 1.5.2011 bzw. für Personen aus Rumänien und Bulgarien am 1.1.2014 in Kraft getreten.

9 <http://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2010/artikel/raus-aus-der-grauzone>.

Ab August 2010 wurde ein Mindestlohn in der Pflegebranche eingeführt, der auch für alle Einrichtungen der Altenhilfe verbindlich ist.<sup>10</sup> Allerdings geschieht die Ausgestaltung des Arbeitsvertrages ausschließlich im direkten Verhältnis zwischen Arbeitgebern und den Beschäftigten ohne entsprechende Kontrollinstanz; daher ist nicht zwangsläufig gewährleistet, dass die Beschäftigten auch tatsächlich den festgesetzten Mindestlohn erhalten. Darüber hinaus haben die Arbeitgeber Direktionsrecht, das ihnen die alleinige Freiheit gibt, die Arbeitszeiten und -leistungen zu gestalten. In der Live-in-Situation der Care-Migrantinnen bleiben die Rahmenbedingungen des Arbeitsverhältnisses weiterhin unüberschaubar und größtenteils unkontrolliert, sodass die Care-Migrantinnen auch weiterhin von Ausbeutung bedroht sind. Selbst wenn Verstöße geahndet werden sollen, ist die Verhandlungsposition der Arbeitnehmerinnen durch die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes gleich null.

## 8

## 8.5 Entsendung durch Pflegedienst im Ausland oder verdeckte Arbeitnehmerüberlassung

Im Rahmen des EU-Entsendegesetzes haben ausländische Pflegedienste die Möglichkeit, ihre Beschäftigten in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union zu entsenden. Die Voraussetzung dafür ist, dass die Sozialversicherungsabgaben im Herkunftsland abgeführt werden und die Arbeitsleistung in Deutschland voraussichtlich höchstens 24 Monate dauert. Grundlage dieser Form der Beschäftigung bildet ein Dienstleistungsvertrag zwischen dem Pflegeunternehmen im Ausland und dem Pflegebedürftigen. Pflegebedürftige zahlen einen vertraglich vereinbarten Preis an das Entsendeunternehmen. Die zuständige Behörde im Herkunftsland stellt den Pflegeunternehmen eine sog. Entsendebescheinigung A 1 aus, die diese befugt, die Pflegekräfte zu entsenden. Der Entsenderichtlinie nach darf der Lohn nicht sittenwidrig sein; die in den deutschen Vorschriften enthaltenen Mindestlohnentgeltgesetze sind einzuhalten. Durch die sozialversicherungspflichtige Anstellung der Pflegekräfte bei einem ausländischen Unternehmen entfallen für die deutschen Kundinnen und Kunden aufwendige Behördengänge, was die besondere Attraktivität dieser Beschäftigungsform ausmacht. Eine Arbeitnehmerentsendung liegt grundsätzlich dann vor, wenn ein Arbeitnehmer auf Weisung seines inländischen Arbeitgebers (entsendendes Unternehmen) im Ausland eine Beschäftigung für ihn ausübt. In der Realität werden die Entsenderichtlinien umgangen, indem das Direktionsrecht den Pflegebedürftigen überlassen wird, obwohl kein Vertrag zwischen ihnen und den ausländischen Arbeitnehmerinnen vorliegt. Rein rechtlich gesehen dürfen nur die ausländischen Unternehmen Handlungsanweisungen geben, jedoch ist die vertragliche Verhandlungsmöglichkeit aufgrund der räumlichen Entfernung sowohl für die Angestellten als auch für die Pflegebedürftigen erheblich eingeschränkt. Tatsächlich handelt sich hier also um eine verdeckte Arbeitnehmerüber-

<sup>10</sup> Aktueller Mindestlohn 2015 in der Pflegebranche: Mindestlohn West 9,40 €, Mindestlohn Ost 8,65 €.

lassung, denn im Alltag haben die deutschen Familien das Weisungsrecht und die angestellten Migrantinnen bleiben ihnen ausgeliefert. Ebenso werden die Arbeitszeiten nicht eingehalten, weil das Arbeitszeitgesetz keine Anwendung auf Arbeitnehmer hat, die in häuslicher Gemeinschaft mit den ihnen anvertrauten Personen zusammenleben und sie eigenverantwortlich erziehen, pflegen oder betreuen.<sup>11</sup>

## 8.6 Reguläre Pflege „Heraus aus der Grauzone“

Seit 2009 verfolgt der Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V. das Ziel, mit dem Projekt „Heraus aus der Grauzone“ eine verantwortungsvolle Vermittlung von Frauen aus Polen in eine legale Beschäftigung in deutsche Haushalte anzubieten.

Eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V. und der Caritas Polen ist Grundlage der bestehenden Zusammenarbeit, sie verpflichtet beide Partner zu Qualifizierung und Integration der osteuropäischen Frauen. In der Praxis findet die Umsetzung der Vereinbarung durch die Diözesan-Caritasverbände in Polen und die Ortscaritasverbände in Deutschland statt, wobei sich die Kooperationspartner der übergeordneten Vereinbarung anschließen müssen. In der Vereinbarung werden auch bestimmte Qualitätskriterien wie z. B. Wohnraum, Einsatzzeiten und Aufgaben für die osteuropäischen Haushaltshilfen festgelegt.

Das legale/reguläre Arbeitsverhältnis wird auf Basis eines Arbeitsvertrages für definierte Hilfeleistungen geschlossen. Die Vertragspartner sind die polnische Haushaltshilfe als Arbeitnehmerin und die zu betreuende Person bzw. deren Angehörige als Arbeitgeber. Die Caritas übernimmt lediglich die Beratungsfunktion und bietet Dienstleistungen in Form von z. B. Lohnabrechnung an. Die Caritas ist keine Vermittlungsagentur.

Besonders erwähnenswert ist die Verpflichtung der Kooperationspartner, eine Begleitung durch eine Koordinatorin in beiden Ländern einzurichten, d. h. sowohl die Familie als auch die osteuropäische Haushaltshilfe werden von einer Ansprechpartnerin begleitet, die auch eine gewisse Kontrollfunktion übernimmt. Sie unterstützt das Arbeitsverhältnis, indem sie z. B. bei sprachlichen Problemen/Barrieren zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmerin vermittelt. Außerdem bespricht die Koordinatorin die Einsatzzeiten der Haushaltshilfe mit der Familie. Dies beugt entscheidend einer Ausbeutung der Haushaltshilfen in einem 24-Stunden-Einsatz vor. Gleichzeitig sind die Koordinatorinnen Expertinnen, was die Versorgungssituation in der Häuslichkeit angeht, sodass sie die Familien adäquat beraten können.

Die Personalkosten der Koordinatorinnen werden durch eine monatliche Pauschale finanziert, die vom Arbeitgeber zu tragen ist. Die gestaffelten Kosten betragen im ersten Monat 399,50 €, ab dem zweiten Monat 99,90 € und nach 13 Monaten 79,90 €.

<sup>11</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/arbzg/\\_18.html](http://www.gesetze-im-internet.de/arbzg/_18.html).

Die Gesamtkosten betragen für den Arbeitgeber ca. 2200 € monatlich. Sie umfassen das Bruttogehalt, Sozialversicherungsbeiträge, ggf. Kosten für Gehaltsabrechnung, Unfallversicherung und einmalig die An- und Abreisekosten der Haushaltshilfe.

Der gesamte bürokratische Aufwand, der auf eine Familie zukommt, bevor sie Arbeitgeber wird, ist sehr hoch. Für viele Angehörige ist dieser Aufwand nicht leistbar, zumal in vielen Fällen keinerlei Erfahrungen mit der Thematik vorliegen. Beim Angebot „Heraus aus der Grauzone“ werden die Familien von der Koordinatorin unterstützt, die für alle organisatorischen, arbeitsrechtlichen und kulturellen Fragen zur Verfügung steht. Diese Unterstützung durch die Koordinatorinnen ist für die Umsetzung einer regulären/legalen Beschäftigung von großer Bedeutung und damit das Herzstück des Projektes.

## 8

## 8.7 Ausblick für Sorgearbeit in Deutschland

Es existiert bereits ein großer Markt für Care-Migrantinnen, folgerichtig gilt es jetzt, diesen Markt zu steuern, umso mehr als dass es sich um einen großen Wachstumsmarkt handelt.

In Gesprächen mit den Beteiligten stellt sich oftmals heraus, dass Menschen, die eine osteuropäische Haushaltshilfe beschäftigen, der Überzeugung sind, dass nicht nur sie Entlastung erfahren, sondern mit der Beschäftigung auch die Osteuropäerinnen unterstützen, da diese in ihrem Heimatland nur sehr bescheiden verdienen können. Es wird kaum thematisiert, dass diese Frauen erhebliche Entbehrungen auf sich nehmen müssen und es sich im eigentlichen Sinne um Ausbeutung handelt.

Die osteuropäischen Haushaltshilfen beschweren sich nicht öffentlich – sie haben keine Lobby, die ihre Interessen vertritt. Nur Insider erfahren bei näherem Hinsehen die Klagen, dass sie weit weg von der Familie sind, dass sie kein gesellschaftliches Leben mehr haben, dass sie Dienstmädchen sind, dass sie ohne Hilfe und Unterstützung schwersten emotionalen Belastungen ausgesetzt sind. Niemand erfährt ihre kommunikative und psychische Isolation. Es ist ein illegales Arrangement, um eine bessere wirtschaftliche Existenz zu erreichen. Vorweggenommen sein, dass wir die Sorgearbeit durch Care-Migrantinnen in Anbetracht der gesamt-demografischen Entwicklung für unabdingbar notwendig halten. Gleichwohl muss dies aber für alle am Prozess Beteiligten in menschenwürdiger Art und Weise geschehen. In politischer Hinsicht sind zunächst Ansätze zur Selbstorganisation wünschenswert und zu unterstützen. Die natürliche Befristung (oftmals durch den Tod des zu betreuenden Menschen) des Arbeitsverhältnisses treibt die polnischen Frauen in der Regel in die Hände von Vermittlungsagenturen, die oftmals unverhältnismäßig hohe Gebühren erheben – nicht nur für die Stellenvermittlung, sondern über die gesamte Dauer der Pflege. Die Arbeitsverträge enthalten in der Regel Klauseln, durch die bei Vertragsaustritt Strafzahlungen fällig werden.

Zur Abhilfe wäre eine Selbstorganisation der polnischen Frauen denkbar, die sich aus der Live-in-Szene als soziales Netzwerk der „Live-ins“ formieren und die Vermittlung zum Kostenpreis anbieten könnte, ohne dass privatwirtschaftlicher Gewinn das Hauptmotiv bildete. Eine Aufklärung der Betroffenen bzw. Verwandten

über die Geschäftsmodelle der Vermittlungsagenturen, die Transparenz der Kosten für Kunden sowie des Lohns für die Haushaltshilfen ist unumgänglich und somit ein adäquates Mittel, um Missbrauch durch Vermittlungsagenturen zu verhindern.

Dies bedingt aber, dass die Hürden der Formalitäten für Haushalte, die selbst Arbeitgeber werden wollen, gesenkt werden. Es ist also für alle Betroffenen ein vereinfachtes Verfahren anzustreben. Das bereits erwähnte Model „Heraus aus der Grauzone“ ist konzeptionell gesehen ein Lösungsansatz. Insbesondere die Beschäftigung einer Koordinatorin und deren Arbeit gilt es weiter zu intensivieren, damit eine Unterstützung aller Beteiligten erfolgen kann. Dies ist eine Grundvoraussetzung dafür, dass die Care-Migrantinnen in einem geschützten, begleiteten Rahmen agieren können. Wie die Personalkosten einer Koordinatorin refinanziert werden, muss im Vorfeld geregelt werden. Wer diese zu tragen hat, ist ebenfalls neu zu überdenken.

Gleichzeitig ist zu überlegen, ob steuerliche Anreize ausgeweitet werden sollen, damit das Arbeitgebermodell in Privathaushalten forciert werden kann. All diese Aktivitäten führen zu sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen, die sowohl dem Schutz der osteuropäischen Frauen als auch der Familien dienen und die zu Beiträgen in die Sozialversicherung führen.

Letztlich führt eine Legalisierung des Arbeitsplatzes zu einer anderen Akzeptanz der osteuropäischen Frauen in der Gesellschaft und dient damit der Integration der Care-Migrantinnen.

Sofern die Schritte der finanzierbaren Legalisierung von Sorgearbeit durch Care-Migrantinnen erfolgt sind, sind auch Schritte der Professionalisierung in der Entwicklung und Zertifizierung professioneller Standards im Bereich der häuslichen Rund-um-die-Uhr-Betreuung notwendig. Als organisierte „Live-in-Szene“ bestünden dann auch Chancen, sich in die Diskurse zum Thema Altenpflege einzubringen und Kontakte mit anderen sozialen Netzwerken zu knüpfen. Man könnte sich in Deutschland auch am kanadischen Modell orientieren, das eine dreijährige Verpflichtung enthält, in einem Pflegeberuf zu verbleiben. In dieser Zeit erhält man Sprachkurse, Versicherungsschutz und eine angemessene Bezahlung. Danach besteht die Möglichkeit, die kanadische Staatsbürgerschaft zu erhalten und eine zusätzliche Berufsausbildung zu absolvieren.

Nicht zuletzt sind Überlegungen relevant, wie man bei diesen Frauen eine emotionale Balance in dieser Tätigkeit erreichen, sie unterstützen und ermutigen kann. Für die Pflegenden sind mehr Distanzierungsmöglichkeiten erforderlich, wie zum Beispiel ein eigenes Zimmer, geregelte Arbeits- und Freizeiten sowie eine „rotierende Teampflege“ (beispielsweise bilden vier Frauen, die alle aus einem Ort oder einer Region kommen, jeweils „Zweierteams“).

Langfristig ist es notwendig, die unwürdigen, irregulären Arbeitsverhältnisse ganz abzuschaffen. Solange jedoch der politische Wille sowohl in den Herkunftsländern der Beschäftigten als auch in Deutschland fehlt, sich mit der Problematik auseinanderzusetzen und entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen und Sanktionsmechanismen zu schaffen, werden die Betroffenen in der Illegalität mit all ihren Konsequenzen verbleiben und Chancen für eine menschenwürdige Sorgearbeit werden vertan.

## Literatur

- Emunds B, Schacher U. Ausländische Pflegekräfte in deutschen Privathaushalten. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt. Frankfurter Arbeitspapiere zur gesellschaftsethischen und sozialwissenschaftlichen Forschung, Heft 61. Frankfurt am Main: Oswald-von-Nell-Breuning-Institut für Wirtschafts- und Gesellschaftsethik 2012. [http://www.sankt-georgen.de/nbi/fileadmin/redakteure/Dokumente/FAgsFs/Pflege\\_HBS\\_Endfassung.pdf](http://www.sankt-georgen.de/nbi/fileadmin/redakteure/Dokumente/FAgsFs/Pflege_HBS_Endfassung.pdf) (19. September 2015).
- Husmann M. Rechtliche Rahmenbedingungen bei grenzüberschreitender Haushalts- und Pflegearbeit. In: Scheiwe K, Krawietz J (Hrsg). Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010; 29–56.
- International Labour Organisation (ILO) Working time of live-in domestic workers. Domestic work. Policy Brief 7. 2013 [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms\\_230837.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_230837.pdf) (24. August 2015)
- Karakayali J. Transnational Haushalten. Biografische Interviews mit care workers aus Osteuropa. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010.
- Körner A. Pflegekräfte aus Osteuropa – Licht ins Dunkel der Schwarzarbeit? Zur sozialrechtlichen Bewertung der Tätigkeit von Pflegekräften in Privathaushalten im Hinblick auf die Erweiterung der Arbeitnehmer-Freizügigkeit zum 1.5.2011. <https://www.boell.de/de/2014/03/03/pflegekraefte-aus-osteuropa-licht-ins-dunkel-der-schwarzarbeit> (30. August 2015)
- Satola A. Migration und irreguläre Pflegearbeit in Deutschland. Eine biographische Studie. Stuttgart: Ibidem-Verlag 2015.
- Satola A. Live-in-Szene. Die Situation von Care-Migrantinnen in der BRD ist in mehrfacher Hinsicht prekär. Direkte Aktion 223, Mai/Juni 2014.
- Satola A. Komplexität und Paradoxien des Handelns in der häuslichen Pflege am Beispiel der Pflegemigration von polnischen Frauen. Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften (JKMG) 2013; (48): 28–46.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg) Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. 2013. [http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/News/2015/PflegeDeutschlandergebnisse\\_2013.pdf](http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/News/2015/PflegeDeutschlandergebnisse_2013.pdf) (05. Juni 2015).
- Studien der Sachverständigenengruppe „Weltwirtschaft und Sozialethik“. Wen kümmert die Sorgearbeit? Gerechte Arbeitsplätze in Privathaushalten 2015. [http://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse\\_downloads/presse\\_2015/02.07.2015-Studie-Wen-kuemmert-die-Sorgearbeit.pdf](http://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse_downloads/presse_2015/02.07.2015-Studie-Wen-kuemmert-die-Sorgearbeit.pdf) (29. August 2015).

# 9 Erprobung von Betreuungsdiensten im Rahmen der Modellvorhaben nach § 125 SGB XI

Martin Holzhausen und Eckart Schnabel

## Abstract

Im Rahmen der Modellvorhaben nach § 125 SGB XI können insbesondere Menschen mit Demenz durch bundesweit ausgewählte Betreuungsdienste mit Sachleistungen der häuslichen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung unterstützt werden. Ziel der Modellvorhaben ist die umfassende Bewertung der Wirkung des Einsatzes der neuen Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit, Inhalt der erbrachten Leistungen und Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen. In die wissenschaftliche Evaluation werden im Rahmen einer Vergleichsgruppe auch ambulante Pflegedienste und niedrigschwellige Betreuungsangebote einbezogen.

As part of pilot projects according to § 125 SGB XI, especially people with dementia can receive benefits in kind in form of domestic support and house-keeping by selected support services. The aim of the pilot programme is to comprehensively evaluate the impact of these new support services on long-term care service in general with respect to quality, cost-effectiveness, subject matter, and acceptance by recipients. The scientific study design incorporates professional and honorary home-care services as comparison groups.

## 9.1 Hintergrund

Die Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen stellt vor dem Hintergrund der bekannten demografischen Entwicklungen eine der zentralen Herausforderungen für die sozialen Sicherungssysteme dar. Im Zusammenhang mit der ansteigenden Anzahl von Menschen mit kognitiven Einschränkungen wurde dabei zunehmend die einseitige Ausrichtung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit kritisiert. Mit dem Fokus auf somatischen Problemlagen würden die Bedarfslagen insbesondere demenzkranker Menschen nicht hinreichend berücksichtigt. Bereits seit einigen Jahren zählen die psychischen und Verhaltensstörungen zu den drei Diagnosen, die hauptsächlich eine Pflegebedürftigkeit begründen (Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes o.J.). Damit wird deutlich, in welchem Ausmaß sich die private und professionelle Pflege mit den entsprechenden Problemlagen konfrontiert sehen. Auch der Gesetzgeber hat im Rahmen der verschiedenen Gesetzesvorhaben in der Pflegeversicherung diesem Umstand Rechnung getragen. Seit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz im Jahre 2008 richten sich die Reformbemühun-

gen im Vorgriff auf die nun für 2017 geplante Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verstärkt auf die Gruppe der Menschen mit kognitiven Einbußen: Diese nehmen daher sowohl im Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) als auch im ersten und zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG I bzw. PSG II) einen zentralen Stellenwert ein (Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung – PSG II 2015; Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung – PSG I 2014; Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung – PNG 2012). Die auf dem neuen Begutachtungsinstrument (NBA) basierende erweiterte Definition von Pflegebedürftigkeit und folglich auch das neue Begutachtungsinstrument zur Prüfung von Pflegebedürftigkeit stellen nicht länger den von körperlichen Einschränkungen hervorgerufenen Unterstützungsbedarf einer Person ins Zentrum, sondern ihre verbliebene Selbstständigkeit. Damit kann der Betreuungsbedarf von Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen angemessen berücksichtigt werden.

Für Anbieter von ambulanten Pflegeleistungen stellen Kundinnen und Kunden mit demenziellen Erkrankungen zum einen besondere Herausforderungen an Kenntnisse und Fertigkeiten des eingesetzten Personals. Zum anderen entstehen neue Anforderungen an den strukturellen Rahmen der Leistungserbringung bzw. die zeitliche Planung von Pflegeeinsätzen, die personelle Kontinuität in der Versorgung und die inhaltliche Ausgestaltung der Leistungen selbst. Angehörige werden durch die Pflege und Betreuung demenziell Erkrankter ebenfalls vor große Herausforderungen gestellt (DAK-Gesundheit 2015; Döhner und Kohler 2012). Häufig ist die Situation mit einer großen emotionalen Belastung der Pflegepersonen verbunden, beispielsweise durch herausforderndes Verhalten der Erkrankten. Darüber hinaus fordern Pflegebedürftige mit Demenz oftmals ein besonderes Maß an Verfügbarkeit seitens der Pflegeperson, beispielsweise infolge eines gestörten Tag-Nacht-Rhythmus'. Für diejenigen pflegenden Angehörigen, die parallel zur Versorgung noch einem Beruf nachgehen, treten u. U. erhebliche zeitliche und physische Belastungen hinzu.

Durch neue gesetzliche Regelungen wurden bereits übergangsweise im Rahmen des PNG der Sachleistungsanspruch erhöht und gleichzeitig Leistungen der häuslichen oder pflegerischen Betreuung als neue Sachleistungen in die Soziale Pflegeversicherung bzw. das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) aufgenommen. Diese Regelungen wurden im Zuge des PSG I und PSG II nun weiterentwickelt, adaptiert und in die Regelversorgung übernommen. Die derzeitigen Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI sollen ihrer inhaltlichen Ausrichtung nach insbesondere Menschen mit Demenz und damit indirekt auch ihren Angehörigen zugutekommen.

## 9.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Mit dem PNG hat der Gesetzgeber bereits deutlich vor der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine neue Leistungsart in das SGB XI aufgenommen: Die häusliche Betreuung nach § 124 SGB XI. „Bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung von häuslicher Betreuung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens

regelt, haben gemäß § 124 SGB XI Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, in der sozialen und privaten Pflegeversicherung einen Anspruch auf häusliche Betreuung“ (Begründung zu § 124 Abs. 1 SGB XI, PNG 2012) als eine Sachleistung. Gleichzeitig wurden in § 123 SGB XI Anpassungen des Sachleistungsumfanges in den unterschiedlichen Pflegestufen festgeschrieben, die eine Inanspruchnahme des erweiterten Leistungskataloges mit ermöglichen sollen. In Form einer Übergangsregelung werden so erweiterte Leistungen zur Verfügung gestellt, die insbesondere den besonderen Bedürfnissen von Pflegebedürftigen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen gerecht werden. „Betreuungsleistungen sind wie die anderen Leistungen und Hilfen der Pflegeversicherung [...] darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten“ (Begründung zu § 124 Abs. 2 SGB XI, PNG 2012). Neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sollen auch die Leistungen der häuslichen Betreuung gemäß § 124 Abs. 2 SGB XI darauf hinwirken, „Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen so weit wie möglich zu vermeiden, zu überwinden oder zu mindern, eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten und zum Erhalt oder zur Wiederherstellung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen beitragen“ (Begründung zu § 124 Abs. 2 SGB XI, PNG 2012).

Mit der Einführung des § 125 SGB XI wurden im Zuge derselben Gesetzgebung Modellvorhaben zur praktischen Erprobung und wissenschaftlichen Evaluation von Leistungen der häuslichen Betreuung gemäß § 124 SGB XI durch sogenannte „Betreuungsdienste“ veranlasst. Diese Modellvorhaben sollen die Wirkungen des Einsatzes von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung umfassend bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit, Inhalt der erbrachten Leistungen und Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen untersuchen. Damit stehen gleichzeitig sowohl die neue Leistungsart „Häusliche Betreuung“ als auch ein neuer Typus von Leistungserbringern („Betreuungsdienste“) im Fokus der wissenschaftlichen Betrachtung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-SV) wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der Planung und Durchführung der Modellvorhaben beauftragt. Das Modellprogramm endet am 31. Dezember 2017.

### 9.3 Wissenschaftliche Begleitung der Modellvorhaben

Die Modellvorhaben werden durch eine umfangreiche wissenschaftliche Evaluation begleitet. Die wissenschaftlichen Fragestellungen beziehen sich auf zwei große Fragenkomplexe: Einerseits werden Fragen zu Inhalt und Qualität der Betreuungsleistungen als neue Leistungsart untersucht; zum anderen Fragestellungen, die sich unmittelbar auf die neuen Leistungserbringer, die Betreuungsdienste, beziehen. Dabei wird auch die Wirtschaftlichkeit im Sinne von marktbezogenen Chancen und Risiken der Betreuungsdienste bewertet. Einen zentralen Stellenwert nimmt die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer sowie ihrer Angehörigen ein. Aber auch Mitarbeitende sowie sämtliche Leitungskräfte werden mehrfach schriftlich und persönlich befragt.

Um die Marktsituation der Betreuungsdienste angemessen abbilden zu können, werden neben den unmittelbar auf die Teilnehmer und Ihre Kundschaft bezogenen Befragungen zusätzlich regional begrenzte Umfeld- und Marktanalysen durchgeführt. Diese sollen es ermöglichen, die Versorgungslandschaft in Bezug auf bestimmte Regionen detailliert zu beschreiben. Gleichzeitig bieten neben den teilnehmenden Betreuungsdiensten derzeit bereits auch ambulante Pflegedienste Leistungen der häuslichen Betreuung gemäß § 124 SGB XI an. Niedrigschwellige Angebote nach § 45c SGB XI stellen qualifizierte zusätzliche Betreuungsleistungen zur Verfügung; in den meisten Fällen getragen durch Ehrenamt bzw. bürgerschaftliches Engagement, in NRW beispielsweise jedoch auch durch gewerbliche Anbieter. Daher werden diese Leistungserbringer und ihre Kundinnen und Kunden als Vergleichsgruppen in die wissenschaftliche Untersuchung einbezogen und in vergleichbarem Umfang befragt.

## 9

## 9.4 Teilnehmende Betreuungsdienste

Betreuungsdienste sollen insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige dauerhaft häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistungen erbringen; Pflegeleistungen im engeren Sinne sind jedoch ausgeschlossen. Aufgrund der Komplexität der rechtlichen Vorgaben für die ambulante Versorgung sind für die Betreuungsdienste zunächst grundsätzlich die Regelungen des SGB XI für ambulante Pflegedienste entsprechend anzuwenden (vgl. § 125 Abs. 3 Satz 1 SGB XI, PNG 2012). In Anbetracht des Modellcharakters der Betreuungsdienste wurden jedoch beispielsweise in Hinblick auf die Leitungskraft, die Personalausstattung und die Qualitätssicherung spezifische Regelungen vereinbart.

Vor dem Hintergrund des Erprobungscharakters der neuen Leistungsart sowie der Diskussion um eine Reform der Pflegeberufe kommt der Öffnung der beruflichen Ausgangsqualifikation für Leitungskräfte ein besonderer Stellenwert zu: Eine dreijährige Fachausbildung (z. B. Heilerziehungspflegerin), ein einschlägiger Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluss (z. B. Sozial-Pädagoge) oder auch eine anerkannte Weiterbildung (z. B. Altentherapeutin) im Gesundheits- und Sozialbereich stellen in Verbindung mit einschlägiger Berufserfahrung und dem Nachweis einer zusätzlichen Qualifikation für leitende Funktionen im Sinne des § 71 SGB XI die notwendigen Grundvoraussetzungen zur Leitung eines Betreuungsdienstes nach § 125 SGB XI dar. Durch diese über den rein pflegerischen Bereich hinausgehenden Möglichkeiten soll die Versorgung insgesamt auf eine breitere und vielfältigere personelle Basis gestellt werden. Die Qualifikationen der teilnehmenden Leitungskräfte bewegen sich dementsprechend in einem breiten Spektrum: Neben Altenpfleger/innen und Krankenpfleger/innen beteiligen sich beispielsweise auch Sozial-Pädagog/innen, Fachwirt/innen im Gesundheits- und Sozialwesen oder Ergotherapeut/innen an den Modellvorhaben (vgl. Tabelle 9–1). Der vom Gesetzgeber vorgegebene Impuls zu einer Verbreiterung der fachlichen Basis wird damit in der praktischen Umsetzung aufgegriffen. Die Qualifikation nach § 71 SGB XI stellt für einige Leitungskräfte aufgrund ihres beruflichen Hintergrundes eine besondere Herausforderung dar. Die derzeit verfügbaren Angebote sind naturgemäß auf Pflegefachkräf-

Tabelle 9–1

**Berufsabschlüsse der an den Modellvorhaben nach § 125 SGB XI teilnehmenden Leitungskräfte**

Berufsabschluss	Anzahl
Staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	10
(Kinder-)Krankenschwester/-pfleger	13
Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in, Heilerziehungspflegehelfer/in	2
Heilpädagoge/in	1
Nichtärztliche Heilberufe (z. B. Ergo-, Physiotherapeut/in)	7
Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss (FH)	10
Sonstiger pflegerischer Beruf	1
Hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	5
Sonstiger Abschluss an einer Fachhochschule oder Universität	8
Sonstiger Berufsabschluss	11

n = 46; Mehrfachnennungen möglich

Pflege-Report 2016

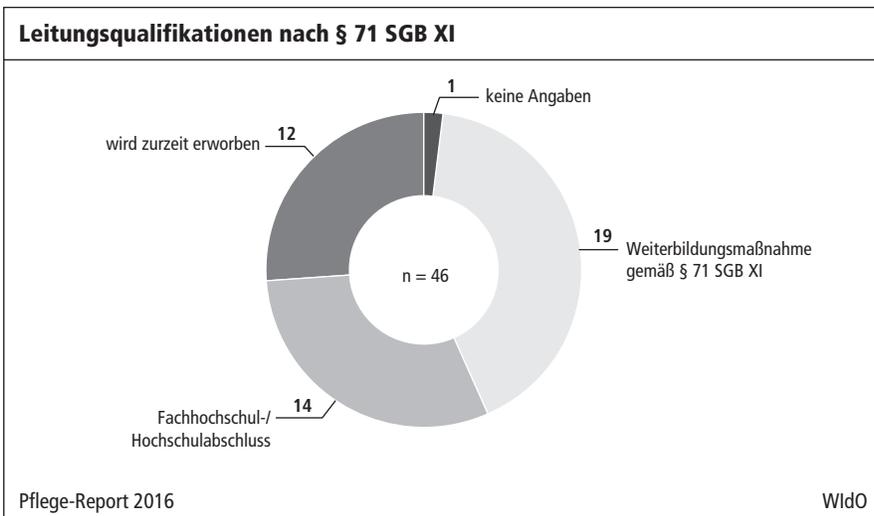
WlD0

9

te ausgerichtet und zielen inhaltlich ebenfalls auf Leitungsaufgaben im Bereich der unmittelbar pflegerischen Versorgung. Die besonderen Anforderungen von ambulanten Betreuungsdiensten werden in den Curricula dementsprechend nicht berücksichtigt. Gleichwohl wird es eine zukünftige Aufgabe von Fort- und Weiterbildungsträgern sein, entsprechende Angebote, beispielsweise in Form modularer Ergänzungen oder Alternativen, zu entwickeln und anzubieten. Derzeit gelten – analog zu den Regelungen für ambulante Pflegedienste – die Anforderungen an Leitungskräfte für Hochschul- und Fachhochschul-Absolvent/innen als erfüllt. Neben diesen beiden Möglichkeiten der Qualifikation zur Leitung eines Betreuungsdienstes absolvieren einige Leitungskräfte zudem Weiterbildungen zu Fachwirt/innen im Gesundheits- und Sozialwesen (vgl. Abbildung 9–1). Im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation werden die unterschiedlichen qualifikatorischen Voraussetzungen der Leitungskräfte und ihr Einfluss auf die Arbeit der Betreuungsdienste vertieft untersucht.

Angesichts der besonders vulnerablen Zielgruppe ist auch eine darauf abgestimmte Qualifikation der eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unabdingbar. Für diejenigen Mitarbeitenden, die unmittelbar in der häuslichen Betreuung eingesetzt werden, wird daher eine zusätzliche Qualifikation mindestens auf dem Niveau gemäß der Betreuungskräfte-Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI vorausgesetzt. Im Gegensatz zu ambulanten Pflegediensten, für die es derzeit keine qualifikatorischen Vorgaben im Zusammenhang mit häuslicher Betreuung gibt, ist damit bei Betreuungsdiensten der Einsatz von fachlich besonders qualifiziertem Personal zur Betreuung von Menschen mit Demenz verbindlich sichergestellt. Auch unabhängig von den festgelegten Mindestanforderungen an das Personal kann bei den teilnehmenden Betreuungsdiensten eine große Bandbreite qualifikatorischer Voraussetzungen beobachtet werden, die zusätzliche Kenntnisse und Fertigkeiten in die Betreuung einbringen. So verfügt der überwiegende Teil der Betreuungskräfte über

Abbildung 9–1



eine gesundheits- und pflegerelevante Ausgangsqualifikation – beispielsweise als Altenpfleger/in, Krankenpfleger/in, Altenpflegehelfer/in oder Sozial-Pädagoge/in (vgl. Tabelle 9–2). Auch in Bezug auf die notwendige Qualifikation gemäß Betreuungskräfte-Richtlinien nach § 87b SGB XI sind die angebotenen Curricula in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht auf die Besonderheiten der Arbeit in einem ambulanten Betreuungsdienst ausgerichtet. In einzelnen Fällen haben jedoch Fortbildungsträger speziell auf die Modellvorhaben ausgerichtete Maßnahmen ins Leben gerufen, die weniger auf stationäre Settings, sondern vielmehr auf die ambulante Betreuung Pflegebedürftiger abzielen. Im Rahmen der begleitenden Evaluation wird sich zeigen, inwieweit sich die im Vergleich zu den Anforderungen an Betreuungskräfte in der ambulanten Pflege bzw. im Kontext niedrigschwelliger Angebote hohen Qualifikations- und Qualitätsanforderungen an die Betreuungsdienste innerhalb der Betreuungslandschaft als wirksam und angemessen erweisen.

Im Hinblick auf die Qualitätssicherung sind mit den Vorgaben zur Qualifikation von Leitung und Mitarbeitenden bereits wesentliche Standards in den Rahmenvorgaben der Modellvorhaben nach § 125 SGB XI verankert. Da Betreuungsdienste im Wesentlichen Sachleistungen bei den Versicherten erbringen, müssen jedoch darüber hinaus gehende Anforderungen zur Sicherstellung der Qualität der Versorgung erfüllt werden. Derzeit sind Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI im Rahmen der Maßstäbe und Grundsätze (MuG) noch nicht gesondert berücksichtigt. Innerhalb der Modellvorhaben bietet sich vor diesem Hintergrund die Möglichkeit, unterschiedliche Ansätze des internen Qualitätsmanagements zuzulassen und zu evaluieren. So können besonders effektive, praktisch gut umsetzbare und überprüfbare Elemente identifiziert und gegebenenfalls als verbindliche Bestandteile des Qualitätsmanagements festgelegt werden. In Anlehnung an die rechtlichen Vorgaben für ambulante Pflegedienste und zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung müssen auch Betreuungsdienste bestimmte Grundsätze

Tabelle 9–2

**Berufsabschlüsse der Mitarbeitenden der an den Modellvorhaben nach § 125 SGB XI teilnehmenden Betreuungsdienste**

Berufsabschluss	Anzahl	in %
Staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	20	5,6 %
Staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	14	3,9 %
Krankenschwester/Krankenpfleger	17	4,8 %
Krankenpflegehelfer/in	8	2,3 %
Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger	2	0,6 %
Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in	2	0,6 %
Heilerziehungspflegehelfer/in	1	0,3 %
Heilpädagogin	2	0,6 %
Ergotherapeut/in	7	2,0 %
Sonstiger nicht-ärztlicher Heilberuf	8	2,3 %
Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	4	1,1 %
Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss	3	0,8 %
Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss	1	0,3 %
Sonstiger pflegerischer Beruf	6	1,7 %
Fachhauswirtschaftler/in für ältere Menschen	6	1,7 %
Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	14	3,9 %
Sonstiger Berufsabschluss	161	45,4 %
Pflegewissenschaftliche Ausbildung an FH/Universität	1	0,3 %
Sonstiger Abschluss an einer FH/Universität	14	3,9 %
Ohne Berufsabschluss/in Ausbildung	54	15,2 %
Keine Angabe	23	6,5 %

N = 355; bis zu drei Mehrfachnennungen je Person

Pflege-Report 2016

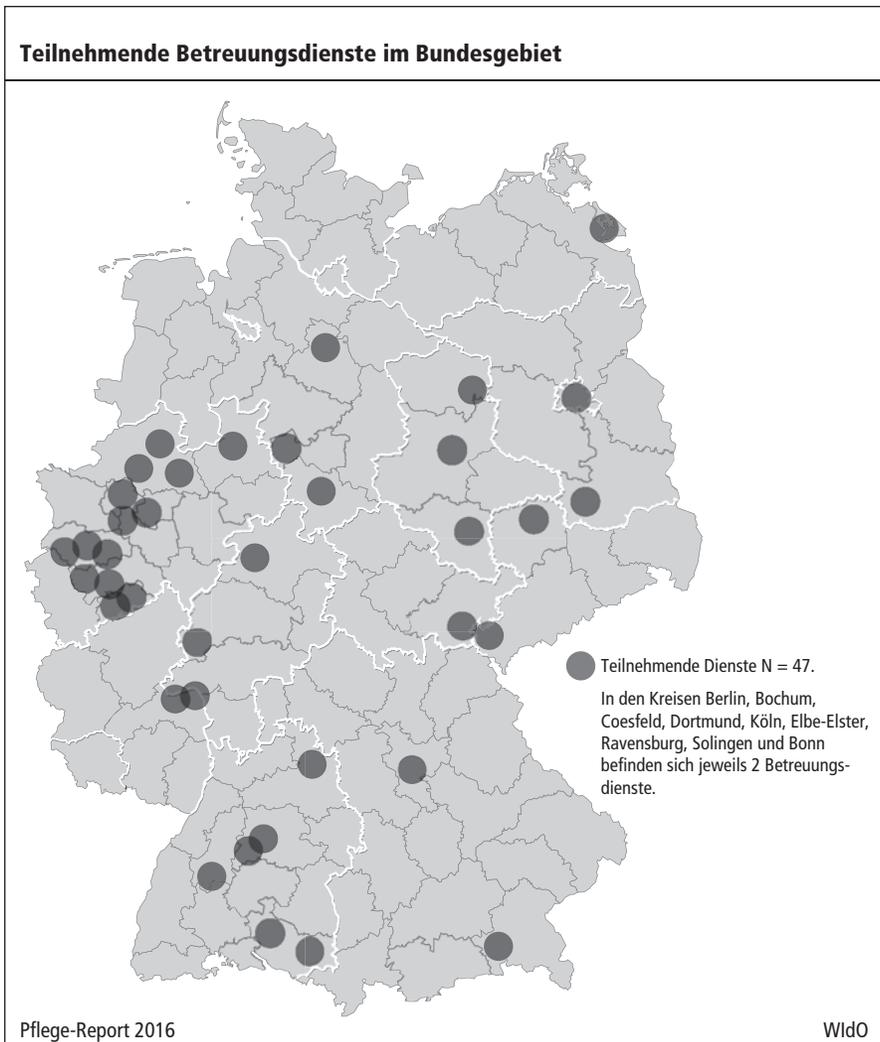
WldO

der Qualität in der häuslichen Betreuung beachten und im Zuge des Modellvorhabens ein Qualitätsmanagement entwickeln und umsetzen. Zentrale Bestandteile dieses einrichtungsinternen Qualitätsmanagement-Konzeptes sind Regelungen zur innerbetrieblichen Kommunikation, zur Kooperation mit anderen Diensten sowie Angaben zur Leistungsbeschreibung und zur personellen Ausstattung bzw. zum Personalkonzept. Vorzuhalten sind zudem spezifische Konzepte zur Betreuung besonderer Personengruppen und ein Beschwerdemanagement, das auf die besonderen Anforderungen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bzw. von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz abgestimmt ist. Welche dieser Elemente sich dafür eignen könnten, zukünftig bei der Ausarbeitung verbindlicher Qualitätsvorschriften berücksichtigt zu werden, wird ebenfalls im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation beurteilt.

## 9.5 Auswahl, Verhandlung und Zulassung

Derzeit nehmen 47 Unternehmen aus fast dem gesamten Bundesgebiet an den Modellvorhaben teil (vgl. Abbildung 9–2). Bereits im Vorfeld der öffentlichen Bekanntmachung zur Durchführung der Modellvorhaben, unmittelbar nach Verabschiedung des PNG, gingen mehrere Hundert diesbezügliche Anfragen beim GKV-Spitzenverband ein. Nach der Ausschreibung reduzierte sich diese Zahl jedoch deutlich, möglicherweise aufgrund der vergleichsweise hohen Anforderungen an Konzeption, Leitung und Mitarbeitende. Eine große Zahl der Interessenten in diesem eigentlichen Bewerbungsverfahren erfüllten die für eine Teilnahme festgelegten Voraussetzungen.

Abbildung 9–2



Die Teilnahme an den Modellvorhaben begann nach Abschluss der Vertrags- und Vergütungsverhandlungen mit den jeweils zuständigen Landesverbänden der Pflegekassen. Vor dem Hintergrund der föderalen Strukturen innerhalb des Gesundheitswesens sollte mit diesem zweistufigen Verfahren zum einen sichergestellt werden, dass die Betreuungsdienste regional vergleichbar sind und gleichzeitig ermöglicht werden, dass die Modellvorhaben unter den jeweils faktischen Versorgungsbedingungen der Länder durchgeführt werden können. Die Ausgestaltung der Verträge folgte im Wesentlichen den im Vorfeld abgestimmten Rahmenbedingungen. Bei der Vergütungsfindung zeigten sich jedoch relativ starke regionale Unterschiede, die auch die jeweiligen landesspezifischen Besonderheiten widerspiegeln.

Im Vergleich zum Beginn der ersten Vertragsverhandlungen haben sich mittlerweile die rechtlichen Rahmenbedingungen durch das Inkrafttreten des PSG I in einigen Punkten weiterentwickelt. Musste beispielsweise gemäß PNG noch eine Vergütung nach Leistungskomplexen und eine Zeitvergütung verhandelt werden, so besteht mit dem Inkrafttreten des PSG I keine Verpflichtung mehr, für beide Alternativen eine Einigung zu erzielen. In Anbetracht der Komplexität und Vielfalt möglicher Betreuungsleistungen hat sich allerdings im Modellprogramm nach § 125 SGB XI in den meisten Bundesländern eine Vergütung der häuslichen Betreuung nach Zeiteinheiten durchgesetzt. In Ausnahmefällen wurde jedoch auch die in der ambulanten Versorgung übliche Abrechnung nach Leistungskomplexen vereinbart. Diese Art der Abrechnung stellt eine besondere Herausforderung für Betreuungsdienste dar, da Leistungskomplexe in der Regel ohne Zeitbezug zu erbringen sind. Es bleibt abzuwarten, inwiefern eine solche Abrechnung in Einklang mit der Leistungsart zu bringen ist.

Aus verschiedenen Gründen stellten die Vergütungsverhandlungen allgemein eine Herausforderung dar: Zum einen wurden generell noch nicht flächendeckend Vergütungsvereinbarungen für Leistungen der häuslichen Betreuung gemäß § 124 SGB XI durch ambulante Pflegedienste geschlossen – daher stehen nicht in allen Ländern mögliche Vergleichsstandards bzw. Referenzwerte aus der ambulanten Versorgung zur Verfügung. Zum anderen liegen der Leistungserbringung bei ambulanten Pflegediensten und Betreuungsdiensten sehr unterschiedliche Kostenstrukturen zugrunde, z. B. bezüglich einer notwendigen organisationellen und personellen Infrastruktur oder der Personalqualifikation. In diesem Zusammenhang fehlen Erfahrungswerte zur kostendeckenden Arbeit von Betreuungsdiensten. Insbesondere in Bezug auf Wirtschaftlichkeit und Vergütungsstruktur wird die wissenschaftliche Begleitforschung daher Erkenntnisse liefern, die in zukünftige Ausgestaltungen mit einfließen können.

Im Gegensatz zu ambulanten Pflegediensten oder modellhaften Betreuungsdiensten können Anbieter zusätzlicher Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI ihre Preise weitestgehend frei mit den Kundinnen und Kunden vereinbaren, sofern sie die Leistungen nicht im Rahmen ehrenamtlichen oder bürgerschaftlichen Engagements kostenlos bzw. nur mit einer geringen Aufwandspauschale versehen erbringen. Es handelt sich um Erstattungsleistungen, die nur teilweise durch landesrechtliche Preiskorridore und preisliche Obergrenzen im Zusammenhang mit Aufwandsentschädigungen für bürgerschaftlich Engagierte beschränkt werden. Interessanterweise haben gerade die Neuerungen der gesetzlichen Vorschriften im Rahmen des PSG I in Bezug auf diese niedrighschwelligigen Betreuungsangebote zu Unsicher-

heiten bezüglich neuer Möglichkeiten und Risiken auf Seiten der an einer Modellteilnahme Interessierten geführt. Vor diesem Hintergrund hat sich ein Teil der Interessenten erst im Laufe des Verfahrens gegen die Gründung eines Betreuungsdienstes im Sinne des § 125 SGB XI und stattdessen für eine Leistungserbringung im Bereich niedrigschwelliger Angebote entschieden. Inwiefern hier die jeweiligen Erwartungen tatsächlich erfüllt wurden, kann im Rahmen der Modellvorhaben nicht umfassend überprüft werden. Der scheinbar in Aussicht stehende erleichterte Marktzugang für gewerbliche Anbieter zusätzlicher Betreuungsleistungen, wie er beispielsweise in NRW bereits seit Jahren besteht, spiegelt sich bislang jedoch nicht in den entsprechenden Landesverordnungen wider.

## 9.6 Herausforderungen und Möglichkeiten

Die neuen Leistungserbringer stellen sich den Herausforderungen zu einem Zeitpunkt, zu dem sich die pflegerische Gesetzgebung insgesamt im Wandel befindet. Vor dem Hintergrund des im Jahr 2017 kommenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Rahmen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) wird Betreuung zunehmend gestärkt. Gleichzeitig wurden bereits neue Möglichkeiten und erweiterte Spielräume für Anbieter niedrigschwelliger Leistungen geschaffen. Betreuungsdienste befinden sich damit im Spannungsfeld von Konkurrenz und Kooperation sowohl mit ambulanten Pflegediensten als auch mit niedrigschwelligen Betreuungsangeboten. Eine große Herausforderung sind in diesem Zusammenhang die jeweils möglichen Leistungsarten und deren Abrechnung. Betreuungsdienste dürfen sowohl Leistungen nach § 45b als auch nach § 124 SGB XI erbringen. Bei einer gleichzeitigen Versorgung von Versicherten durch zugelassene ambulante Pflegedienste werden jedoch Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung vorrangig abgerechnet, denn ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Betreuung besteht nach § 124 Abs. 3 nur, sofern diese im Einzelfall sichergestellt sind. Niedrigschwellige Angebote nach § 45c SGB XI sehen sich jedoch mit ähnlichen Herausforderungen konfrontiert, nämlich der Möglichkeit, bis zu 40% des nicht für Pflege und Hauswirtschaft aufgewendeten Sachleistungsbetrages im Rahmen der Regelungen nach § 45b Abs. 3 SGB XI zu verwenden. Es bedarf daher in mehreren Konstellationen entweder einer vertrauensvollen auch organisatorischen Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungserbringer oder genauer Kenntnis der Pflegebedürftigen und Angehörigen bezüglich der Ausschöpfung des Sachleistungsanspruchs. Die Erfahrungen im Modellprogramm werden dazu beitragen, abzuschätzen, in welchem Umfang die Problematik eine individuelle Gestaltung des Hilfe-Mix erschwert. Die weitere Stärkung der Beratung, beispielsweise im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, erscheint somit als wichtiger Baustein, um den Versicherten eine optimale Zusammenstellung und Ausschöpfung der unterschiedlichen Unterstützungsmöglichkeiten und Leistungen der Pflegeversicherung zu ermöglichen.

Gleichzeitig bestehen Schnittstellen zu anderen Sozialgesetzbüchern, insbesondere in Bezug auf Hilfe zur Pflege und Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB XII) sowie zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung (SGB IX). Hier

müssen auch angesichts einer möglichen Übernahme von Betreuungsdiensten in die Regelversorgung klare Zuständigkeiten und Anspruchsprioritäten hinsichtlich der neuen Sachleistung und der neuen Leistungserbringer geregelt werden.

Inhaltlich stellt sich die wichtige Frage, wie die unterschiedlichen Arten von Betreuung leistungrechtlich voneinander abgegrenzt werden können (zusätzliche Betreuungsleistungen gegenüber Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI bzw. hauswirtschaftliche Versorgung gegenüber zusätzlichen Entlastungsleistungen). Ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal stellen sowohl die unterschiedliche Qualifikation der Mitarbeitenden als auch die unterschiedlichen Maßstäbe für Qualitätssicherung der jeweiligen Leistungsarten dar. Inwiefern darüber hinaus eine inhaltlich-praktische Differenzierung anhand der konkreten Leistungsinhalte möglich ist, wird im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation geklärt. Die weitere Professionalisierung von Betreuungsleistungen kann hier möglicherweise zu einer Ausdifferenzierung des Hilfe-Mix beitragen.

Betreuungsdienste könnten zukünftig ihren Stellenwert in der Versorgung als Leistungserbringer zwischen der grundlegenden Arbeit des Ehrenamtes und den pflegerischen Leistungen ambulanter Pflegedienste finden. Gerade angesichts der mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbundenen Anforderungen an die Pflegepraxis, der Diskussion um moderne Kompetenzprofile in der Pflege sowie der heutigen und zukünftigen Personalsituation könnten Betreuungsdienste durch ihre Ergänzung der Arbeit von Pflege und niedrigschwelligen Anbietern den notwendigen Personalmix in der ambulanten Versorgung unterstützen. Nach Abschluss der wissenschaftlichen Begleitforschung im Jahr 2017 kann beurteilt werden, ob dieser Ansatz erfolgreich ist.

## Literatur

- DAK-Gesundheit. Pflege-Report 2015. So pflegt Deutschland. [www.dak.de/dak/download/Pflegereport\\_2015-1701160.pdf](http://www.dak.de/dak/download/Pflegereport_2015-1701160.pdf)? (02. Dezember 2015).
- Döhner H, Kohler S. Pflegenden Angehörige. In: Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann J. *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer 2012; 472–8.
- Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), Stand vom 12. August 2015. [www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/P/Kabinetts-Entwurf\\_PSG-II.PDF](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/Kabinetts-Entwurf_PSG-II.PDF) (02. Dezember 2015).
- Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) vom 17. Dezember 2014. *Bundesgesetzesblatt Jahrgang 2014 Teil I Nr. 61*, ausgegeben zu Bonn am 23. Dezember 2014. [http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBL&jumpTo=bgbl114s2222.pdf](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&jumpTo=bgbl114s2222.pdf) (02. Dezember 2015).
- Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG) vom 23. Oktober 2012. *Bundesgesetzesblatt Jahrgang 2012 Teil I Nr. 51*, ausgegeben zu Bonn am 29. Oktober 2012. [http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBL&jumpTo=bgbl112s2246.pdf](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&jumpTo=bgbl112s2246.pdf) (02. Dezember 2015).
- Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes. *Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2011–2012*. [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/Pflegeberichte/MDS\\_Pflegebericht\\_2011-12.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/Pflegeberichte/MDS_Pflegebericht_2011-12.pdf) (02. Dezember 2015).

This page intentionally left blank

# 10 Pflegen, Kümern und Begleiten: Berufspolitische Entwicklungspfade zur Sorgearbeit vor Ort

Denise Becka, Uwe Borchers und Michaela Evans

## Abstract

In den letzten Jahren hat sich „Case Management“ als Leitformel für mehr Patientenorientierung etabliert. In zahlreichen Projekten wurden vielfältige Varianten einer stärker nutzerorientierten Sorgearbeit erprobt. Exemplarisch stehen dafür Gesundheitshelfer/innen, Schlaganfall-Lots/innen, Demenzbegleiter/innen, Alltagsbegleiter/innen, Seniorenbetreuer/innen, Entlassmanager/innen, Betreuungskräfte, Versorgungsassistent/innen u. a. m. Bei wachsender Vielfalt fehlen dennoch Kümmerer und Fachkräfte vor Ort. Und mit der Vielfalt steigt die Unübersichtlichkeit: Wer hat welche Zuständigkeit? Wer übernimmt welche Aufgaben, und wer koordiniert die Versorgung? Sorgearbeit wird auch zum Wettbewerbsfaktor personenbezogener Dienstleistung. Insbesondere in der Versorgungsforschung wird nach wie vor auf die Notwendigkeit ganzheitlicher Aufgabenzuschnitte für den Professionalisierungs- und Aufwertungsprozess, insbesondere in der Pflege, hingewiesen. Faktisch deuten aktuelle Entwicklungen darauf hin, dass – so die These des Beitrags – anstelle einer sachlich notwendigen und sozial wünschenswerten Integration zuwendungsorientierter Aufgaben in bestehende und etablierte Berufsbilder die Lösung von Versorgungsproblemen in zum Teil beruflich formalisierte Spezialzuständigkeiten verlagert werden. Am Rande der Pflegearbeit entwickeln sich neue Formen der Sorgearbeit vor Ort. Hier gilt es in den kommenden Jahren zu beobachten, wie sich Strategien der Arbeitsmarktintegration (z. B. durch schnellere und niedrighschwellige Einstiege in das Berufsfeld Gesundheit und Pflege) zum berufspolitischen Anspruch auf ganzheitliche Aufgabenzuschnitte und zu einer berufsimmanenten Stärkung der Nutzer- und Patientenorientierung verhalten.

In recent years, “case management” has been established as a guiding principle for more patient orientation. In numerous projects, a wide variety of user-centered care work has been tried. Exemples are health workers, stroke guides, dementia companions, everyday companions, companions for the elderly, hospital discharge managers, health care assistants etc. In spite of the increasing diversity, on-site caregivers and professionals are still missing. With diversity, complexity increases: Who assumes what responsibility? Who coordinates the supply of care work? Care work is also a competitive factor of patient-centred services. Particularly health care researchers point out the need for holistically designed tasks for the process of professionalisation in nursing. Current devel-

opments indicate that the problems concerning care work are shifted to partly professionally formalised special responsibilities rather than integrating objectively necessary and socially desirable patient-centered tasks in existing and established careers. New forms of care work are developing locally. It is important to watch the relation of strategies of labour market integration (eg. by quicker and low-threshold access points to the occupational field of health care) on the one hand and the professional claim of holistically designed tasks and a strengthening of patient orientation on the other hand.

## 10.1 Einleitung

Die demografische Alterung, epidemiologische Entwicklungen sowie Veränderungen in den Morbiditätsstrukturen stellen neue und zunehmend komplexere Anforderungen an die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung. Die Versorgungsforschung hat in den vergangenen Jahren wiederholt darauf aufmerksam gemacht, dass Versorgungsinfrastrukturen und -aufgaben künftig zunehmend regional und kleinräumiger, etwa auf Stadtteil- und Quartiersebene, organisiert werden müssen. Damit wird nicht zuletzt die Hoffnung verbunden, Versorgungsbrüche zu vermeiden, Versorgungsbrücken für Menschen im Übergang der Versorgungssektoren zu schaffen und den lebensweltlichen Bezug in der Versorgungsgestaltung zu stärken. Ein weiteres Ziel ist es, Information, Betreuung und Begleitung bedarfsorientiert organisieren und vorhalten zu können. Die bisherigen Antworten lagen mit Blick auf die pflegerische Versorgung vor allem in der Etablierung, Erprobung und Verbreitung verschiedener Ansätze des Case Managements (Ewers und Schaeffer 2000), mit besonderem Fokus auf Fragestellungen der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung im Alter (Kuhlmei und Schaeffer 2008) und neuerlich mit Verbindung zu Fragestellungen der ländlichen Versorgung u. a. durch Primärversorgung und kommunale Gesundheitszentren (Schaeffer et al. 2015). Das durchgängige Plädoyer geht in Richtung einer an internationalen Debattenlagen orientierten, bedarfsgerechten und am Einzelfall angepassten Betreuung und Pflege in Verbindung mit lokaler Infrastruktur im Sinne einer sorgenden Gesellschaft im kommunalen Setting (Klie 2014; Klie et al. 2015).

Einer der wichtigen Impulse für gesundheitsbezogene Fallbetreuung erfolgte 2008 mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und erfährt gegenwärtig seinen Ausbau mit den Stärkungsgesetzen zur Pflege. Während zunächst mit dem § 7a SGB XI die Beratung zu Fragen der Pflege aufgegriffen und mit dem § 92c SGB XI in der Form der Pflegestützpunkte mit Infrastruktur unterlegt wurde, geht es aktuell um die Perspektive einer stärker in der Kommune verankerten Pflegeberatung im Sinne der *Community Health Care*. Nicht nur semantisch, auch konzeptionell vollzieht sich damit eine Akzentverschiebung von der reinen „Fallorientierung“ hin zu „kümmernden“ und gleichwohl koordinierenden Aufgaben professioneller Gesundheitsberufe. Wobei wiederum insbesondere die Qualifikationen und Kompetenzen der Pflegefachberufe für die Entwicklung der neuen Versorgungsarrangements auch unter dem Label eines steuernden Care Managements hervorgehoben werden.

Wer Leistungen der Pflege, der Unterstützung pflegender Angehöriger oder der Hilfsmittelversorgung sucht, der hat die Qual der Wahl. Denn mit dem Rechtsanspruch auf Pflegeberatung, der mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz mit Wirkung ab Januar 2009 für jeden Pflegebedürftigen die Möglichkeit einer erweiterten, individuellen Pflegeberatung vorsieht, ist bundesweit eine umfangreiche, vielfältige und kaum überblickbare Landschaft an Beratungs- und Hilfeangeboten entstanden. Die Pflegekassen setzten das Beratungsangebot auf unterschiedliche Weise um (z. B. Pflegestützpunkte). Vom GKV-Spitzenverband liegt ein Zwischenergebnis zu den bisherigen Erfahrungen mit dieser Beratungsinfrastruktur vor, in dem sich Nutzer der Pflegeberatung besonders dann zufrieden mit dem Beratungsangebot zeigten, wenn diese mit Fallmanagement arbeiteten (GKV-Spitzenverband 2012). Eine Empfehlung zur inhaltlichen Orientierung der Beratungsleistung am Case Management sprach der GKV Spitzenverband bereits 2008 aus.

Es gibt inzwischen aber auch viele andere Anlaufstellen z. B. in den Städten und Gemeinden, der Selbsthilfe, der Wohlfahrtsverbände oder der Verbraucherberatung usw. Wer Rat sucht, dem helfen inzwischen auch Online-Portale, die eine Übersicht über die Hilfsstrukturen liefern (z. B. vom Zentrum für Qualität in der Pflege unter <http://bdb.zqp.de>). Die berufliche Qualifikation der Beratenden ist in diesem Feld ebenso heterogen wie die Angebote selbst. Den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes folgend eignen sich zur Pflegeberatung im Sinne des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes vor allem ausgebildete Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsangestellte oder Sozialarbeiter/innen. Nicht zu überblicken ist derzeit, welche Qualifikations- und Kompetenzprofile in der Beratungslandschaft insgesamt anzutreffen sind und wie weit dabei das Modell des Case Managements als Leitorientierung tatsächlich greift.

Im § 11 des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wurde zudem ein genereller Anspruch der Versicherten auf ein umfassendes Versorgungsmanagement eingeführt. Das hatte gestiegene Anforderungen an Kooperation zur Folge, insbesondere zwischen Pflegeberatung und Pflegeeinrichtungen. In der Folge wiederum gewann das Case und Care Management an weiterer Attraktivität. Allerdings konnte ein integriertes Versorgungsmanagement (wie ursprünglich nach § 140ff SGB V vorgesehen) in der Fläche bislang keinen Raum greifen. Parallel zu dieser Entwicklung vollzieht sich im Kontext der Altenhilfe eine weitere, den Ruf nach Case und Care Management steigernde Entwicklung, die allerdings ihre Wurzeln in einer starken Verdichtung der Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen in der Altenpflege hat. Mit § 45b und § 87b SGB XI wurden Betreuungsassistenten in der ambulanten bzw. stationären Altenpflege eingeführt. Diese Tätigkeiten sind auf die Alltagsbegleitung bezogen: Betreuungsassistenten sorgen für Unterhaltung, Spiel und Alltagsunterstützung von Menschen mit Pflegebedarf, sie sind allerdings formal pflegerisch nicht aktiv. Gleichwohl sind die Grenzen betreuender und pflegerischer Tätigkeit im konkreten Arbeitsprozess nicht selten fließend.

Ein weiterer Bereich umfasst indikationsbezogene Varianten des Case Managements im engeren Sinne. Hier entwickelt sich in Modellversuchen und Pilotprojekten seit wenigen Jahren ein zunehmend heterogenes Feld an Tätigkeiten und noch nicht beruflich verfassten Aufgabenfeldern, vielfach jenseits der etablierten Gesundheitsprofessionen. Die wachsende Bedeutung eines komplexeren Umgangs mit der Versorgung älterer, oft multimorbid erkrankter Menschen führt z. B. zu einem

regionalen Versorgungsmanagement Geriatrie. Die Versorgungsbrüche in der Schlaganfall-Nachsorge führen zu einer neuen Variante sektorenübergreifenden Fallmanagements in der Schlaganfallversorgung. Für die komplexer werdenden Versorgungsfragestellungen in der Demenzbetreuung, in der Wundversorgung insbesondere älterer Menschen, in der Palliativversorgung u. a. m. differenzieren sich „vor Ort“ zunehmend Tätigkeitsfelder aus, die alle mehr oder weniger explizit Bezug auf Case Management nehmen, im Ergebnis jedoch auch darüber hinaus reichende „kümmernde“ Tätigkeitsanteile aufweisen. Jenseits der engeren pflegerischen Versorgung entwickelt sich auch in der hausärztlichen Versorgung, oft aus dem Begründungszusammenhang eines drohenden Hausärztemangels, ein Tätigkeitsspektrum, das an der Schnittstelle arztentlastender sowie pflegerisch begleitender Tätigkeiten angesiedelt ist (EVA, VerAH, AGnES, etc.) und das dazu beitragen soll, Menschen gezielter, individueller und präventiv orientiert im häuslichen Umfeld zu versorgen und zu begleiten.

Der vorliegende Beitrag thematisiert die skizzierten Arbeits- und Tätigkeitsfelder als Ausdruck unterschiedlicher berufs- und auch unternehmenspolitischer Strategien. In einem ersten Schritt wird explorativ aufgezeigt, welche berufspolitischen Zugriffe, Zugangsvoraussetzungen und Entwicklungspfade sich derzeit mit, komplementär zu und auch jenseits der Pflege in der Sorgearbeit vor Ort nachzeichnen lassen. Auch wenn bislang die arbeitsmarktpolitische Dimension der im Folgenden skizzierten Beispiele noch relativ gering ist, so deuten die nachfolgenden Überlegungen und Erfahrungen aus konkreten Projekten auf eine entscheidende Entwicklungstendenz hin: Statt einer grundlegenden Re-Organisation der Aufgabenkomplexe auf Basis vorhandener Qualifikationen und Kompetenzen verlagern sich Integrations- und „Kümmerer“-aufgaben derzeit in ein sich ausdifferenzierendes Berufssystem. Es öffnen sich Entwicklungspfade zu neuen Spezial-,berufen“, zur Weiterentwicklung und Aufwertung bestehender Berufsbilder oder zu erfahrungsbasierten Neuzuschnitten von Aufgaben. Aus professionspolitischer Sicht werden hiermit Pfade beschritten, die in den Wettbewerb der Gesundheitsprofessionen um die Koordination, Organisation und um die individuelle Begleitung vor Ort führen: Wer steuert? Diese Entwicklung korrespondiert durchaus mit unternehmenspolitischen Strategien, auf die abschließend nur cursorisch eingegangen wird. Unklar ist derzeit, welche Konsequenzen die nachfolgend skizzierten Entwicklungen mittelfristig für die Aufwertungsstrategien etablierter und neuer Berufsfelder zum einen und für die Integration im Versorgungsprozess zum anderen haben werden. Szenarien zur Entwicklung regionaler Versorgungslandschaften fokussieren derzeit jedenfalls – so die Bilanz – zu einseitig auf professions- und einrichtungsspezifische Modernisierungspfade. Der Beitrag versteht sich in diesem Zusammenhang als Exploration differenzierter berufspolitischer Entwicklungspfade in die Sorgearbeit vor Ort.

## 10.2 Fallbegleitung als Option berufspolitisch inspirierter Versorgungsgestaltung

Zunächst ein kurzer Blick auf die quantitative Dimension und Entwicklung der Pflegearbeit: Im Jahr 2013 waren rund 320 077 Menschen in der ambulanten Pflege im Rahmen des SGB XI sowie weitere 685 447 Beschäftigte in Pflegeheimen in Deutschland tätig. Zwischen 2011 und 2013 ist die Beschäftigung sowohl in den ambulanten Diensten (+ 10,1; + 10,3 % nach geschätzten Vollzeitäquivalenten) als auch in den Pflegeheimen gestiegen (+ 3,7 %, + 2,4 % nach geschätzten Vollzeitäquivalenten). Die Zuwächse des Personals im ambulanten Bereich haben sich gegenüber den Personalzuwächsen in Pflegeheimen deutlich dynamischer entwickelt. Betrachtet man die berufsgruppenspezifischen Zuwächse, so zeigt sich, dass in der ambulanten Altenhilfe insbesondere die Berufsgruppe der „staatlich anerkannten Altenpflegehelfer“ (+ 20,3 %, nach geschätzten Vollzeitäquivalenten), die Beschäftigtengruppe „Sonstiger Berufsabschluss“ (+ 16,9 %) sowie die „staatlich anerkannten Altenpfleger“ (+ 16,3 %) die höchsten Beschäftigungszuwächse im Untersuchungszeitraum zu verzeichnen hatten. Einen Rückgang der Beschäftigung mussten hingegen insbesondere die „Familienpfleger mit staatlichem Abschluss“ (–8,1 %) verzeichnen. In den Pflegeheimen konnten die Berufsgruppen der „staatlich anerkannten Altenpflegehelfer“ (+ 16,0 %, nach geschätzten Vollzeitäquivalenten), die „Dorfhelfer mit staatlichem Abschluss“ (+ 21,1 %) sowie die „staatlich anerkannten Altenpfleger“ (+ 6,7 %) und die „Beschäftigten mit Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität“ Beschäftigungszuwächse verzeichnen (+ 6,8 %). Auffallend präsentieren sich im Untersuchungszeitraum hingegen die Beschäftigungsverluste in den Berufsgruppen der „Heilpädagogen“ (–13,7 %), der „Heilerziehungspflegehelfer“ (–7,8 %) sowie der „Heilerziehungspfleger; Heilerzieher“ (–6,4 %) (Statistisches Bundesamt 2015).<sup>1</sup>

Der folgende Abschnitt zeichnet aktuelle Entwicklungen in ausgewählten Arbeitsfeldern mit patienten- und pflegenahen informierenden, koordinierenden, betreuenden und begleitenden Tätigkeiten nach. In den Blick genommen werden exemplarische Berufe und Arbeitsfelder der Case Manager/innen, Schlaganfall-Lots/innen, Gesundheitshelfer/innen, Seniorenbegleiter/innen, Demenzbegleiter/innen, Betreuungsassistent/innen sowie die Nichtärztlichen Praxisassistent/innen. Diese genannten Berufs- und Tätigkeitsprofile zielen zunächst allgemein darauf ab, für Patient/innen und Klient/innen an deren individuelle Situation angepasste Gesundheits- und Fürsorgeleistungen zu koordinieren oder zu erbringen. Indem die Beschäftigten aus einer einzelfallorientierten Perspektive heraus handeln, sollen sie mit Blick auf die Komplexität des Leistungsangebots im Gesundheitswesen eine *komplementäre und/oder integrierende Funktion* im Sinne einer ganzheitlichen, kontinuierlichen Versorgungsgestaltung erfüllen. Eine ganzheitliche, kontinuierliche Versorgung soll auf der einen Seite durch die *Koordination komplexer, sektoral getrennter Leistungen* mithilfe von Lotsenfunktionen im Gesundheitswesen realisiert werden. Auf der anderen Seite werden *fehlende Integrations- und Zu-*

<sup>1</sup> Ergänzend: In deutschen Krankenhäusern waren im Jahr 2014 insgesamt 318 749 Vollkräfte im Jahresdurchschnitt in der Pflege beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2015a).

wendungsanforderungen in bestehende Versorgungsarrangements implementiert. Ein Beispiel hierfür ist die zuwendungsorientierte Betreuung durch Alltagsbegleiter/innen und Betreuungsassistent/innen, die in vielen Pflegearrangements beispielsweise aufgrund hoher Arbeitsverdichtung nicht ausreichend gewährleistet werden kann.

Mit Blick auf das Arbeitsfeld des Case Managements<sup>2</sup> darf an dieser Stelle nicht vergessen werden, dass „Fallorientierung“ und „Fallmanagement“ ihren Ursprung in der Sozialarbeit haben, d. h. die individuelle, sozialraumorientierte Unterstützung von Menschen in krisenhaften Lebenssituationen war lange Zeit eine berufspolitische Domäne der Sozialarbeiter/innen. Grundsätzlich liegt der Auftrag des Case Management darin, aus der Perspektive des Einzelfalls alle notwendigen Leistungen im Sinne einer kontinuierlichen Versorgung zu koordinieren. „Ziel des Case Managements ist die Organisation und Aufrechterhaltung eines Unterstützungssystems, das sich an den individuellen Bedürfnissen einer Person orientiert. Zum anderen initiiert und organisiert das Case Management aus der Kenntnis der Einzelfälle auch fallübergreifende Versorgungsnetzwerke, die später vor allem die Zusammenarbeit unterschiedlicher Unterstützungsbereiche mit ihren jeweiligen Zugangs- und Zuständigkeitsregeln erleichtern sollen.“ (Monzer 2013, S. 1)

Wie aus dieser Zielsetzung ersichtlich wird, manifestiert sich das Moment des „Kümmerns“ nicht nur in der individuellen Fallkoordination, sondern auch in der Systemsteuerung und Netzwerkarbeit. Innerhalb des Anwendungsgebiets Gesundheit und Pflege sind unterschiedliche Facetten des Case Management erkennbar, die auf verschiedenen rechtlichen Grundlagen<sup>3</sup> basieren. Entsprechend können Case Manager im Krankenhaus, in Rehabilitations-Einrichtungen und Pflegeheimen, aber auch in ambulanten Einrichtungen sowie bei Krankenkassen tätig sein. Das Entlassmanagement im Krankenhaus war in der Vergangenheit überwiegend durch den Sozialdienst besetzt. In den vergangenen Jahren konnte hier eine Verschiebung des Tätigkeitsspektrums von den Sozialdienstmitarbeiter/innen hin zu professionalisierten Case Manager/innen als neuer Berufsgruppe mit erweitertem Aufgabenspektrum beobachtet werden (Dettmers 2010).

Case Manager kümmern sich um die Organisation passgenauer Hilfsangebote für Menschen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf. Entsprechend erbringen Case Manager zwar Betreuungsleistungen, diese bestehen jedoch mehr in der *Vermittlung und Integration* als in der gesundheitsbezogenen Intervention. Hierfür wird im Case Management folgendes Ablaufschema angewendet: Fallklärung, Assessment/ Reassessment, Serviceplanung, Leistungssteuerung, Vermittlung und Vernetzung sowie Monitoring und Evaluation. In seiner Funktionsweise nimmt das Case Management mehrschichtige Perspektiven ein: Advocacy (anwaltschaftliche Funktion zur Stärkung der Kundensouveränität), Broker (*neutrale Vermittlung* zwischen Kli-

2 Der Begriff „Case Management“ ist zunächst nicht originär auf ein bestimmtes Tätigkeitsfeld festgelegt; so unterscheiden sich die Anwendungsgebiete des Case Management z. B. in Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, Eingliederungshilfen bei Arbeitslosigkeit, sowie das Versorgungsmanagement im Gesundheitswesen.

3 Vgl. z. B. § 11 SGB V (Versorgungsmanagement); § 39 Abs. 1a SGB V (Entlassmanagement); § 140a SGB V (Besondere Versorgung); § 7a SGB XI (Pflegerberatung); § 92c SGB XI (Pflegestützpunkte).

enten- und Ressourcensystem), Gate Keeper (*Zuteilung* der notwendigen Ressourcen) sowie Empowerment (*Förderung* der Handlungs- und Entscheidungskompetenzen der Klienten) (vgl. Monzer 2013; Klie 2011; Wendt 2010). Insbesondere die Advocacy-Funktion des Case Management stellt hohe Anforderungen an Case Manager hinsichtlich der persönlichen Souveränität, Durchsetzungsfähigkeit, des komplexen Wissens und Verstehens sowie der Gestaltung interpersonaler Beziehung (Monzer 2013). Auch in Krisen oder schwer zu bewältigenden Situationen leisten Case Manager direkte soziale Unterstützung (vgl. Wissert 2001). In diesem Sinne spielt, auch wenn die Leistungsvermittlung im allgemeinen Fall keine Tiefenbetreuung darstellt, die interpersonale Beziehung zwischen Klient und Case Manager eine wichtige Rolle.

Qualifiziert werden Case Manager in berufsbildenden Institutionen, die eine entsprechende Zertifizierung besitzen müssen, um einen anerkannten Berufsabschluss zu garantieren. Entsprechende Angebote werden von Universitäten, Fachhochschulen, von Kassenärztlichen Vereinigungen, Consulting-Unternehmen oder von einzelnen Bildungsträgern angeboten. Rund 64 Bildungsinstitutionen sind derzeit nach der Deutschen Gesellschaft für Case und Care Management (DGCC e. V.) zertifiziert und in der Qualifizierung aktiv. Die Berufsbildung erfolgt im Rahmen einer Weiterbildung mit der Voraussetzung eines qualifizierten Berufsabschlusses<sup>4</sup>. Die DGCC e. V. hat für die Ausbildung einheitliche Standards der Weiterbildung<sup>5</sup> mit Schwerpunkten im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in der Beschäftigungsförderung definiert, um die Qualität der Aus- und Weiterbildung zu sichern. Ausgehend von diesem allgemeinen Zugriff auf Gegenstand, Funktionen und Ziele des Case Managements sollen im Folgenden professionspolitische Entwicklungspfade vergleichend unter die Lupe genommen werden.

### 10.2.1 Lotsen und Helfer in der Gesundheitsversorgung: Erfahrung als Schlüssel für die Verbesserung sektorenübergreifender Versorgungsprozesse vor Ort

Ein Schlaganfall ist eine der häufigsten Ursachen für zum Teil lebenslange Einschränkungen und Behinderungen. Die Schlaganfallversorgung ist ein komplexer Prozess, der zugleich durch zahlreiche Brüche in der Versorgungskette gekennzeichnet ist. Einen Beitrag zur Verbesserung der Schlaganfallversorgung leisten sogenannte „Schlaganfall-Lotsinnen“. In der Region Ostwestfalen-Lippe wurde in einem Modellprojekt ein qualitätsgesichertes Case Management als sektorenüber-

4 Zugelassen zur Weiterbildung sind Absolvent/innen eines Hochschulstudiums in einem humanwissenschaftlichen Studiengang mit einjähriger Berufserfahrung sowie Absolventen eines nicht-humanwissenschaftlichen Studienganges mit dreijähriger Berufserfahrung. Es können auch Absolventen von Fachschulen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie Absolventen einer anderen Berufsausbildung im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen und der Beschäftigungsförderung zur Weiterbildung zugelassen werden. Voraussetzung ist hier eine mindestens sechsjährige Berufserfahrung in einem humandienstlichen Arbeitsfeld sowie ein Nachweis über den Erwerb personaler, methodischer, beratungsrelevanter und sozialrechtlicher Kompetenzen.

5 <http://www.dgcc.de/cm-ausbildung/> (06.11.2015)

greifender Ansatz erprobt<sup>6</sup>. Im Ergebnis konnte gezeigt werden: Die Schlaganfall-Lotsinnen tragen zur verbesserten Qualität der Versorgung bei. Sie begleiten Schlaganfall-Patient/innen und deren Angehörige im Allgemeinen über die Dauer eines Jahres im Rahmen einer individuellen Fallbetreuung, unterstützen bei der Suche nach geeigneten therapeutischen Maßnahmen und Anschlussbehandlungen, beraten zu Angeboten der Sekundärprävention und fördern die individuelle Lebensstiländerung. Das Versorgungsangebot der Schlaganfall-Lotsinnen folgt dem Konzept eines integrierten Case Managements im Sinne eines standardisierten und qualitätsgesicherten Verfahrens mit dem Ziel, eine selbständige Lebensführung und Lebensqualität zu erhalten und wiederherzustellen.

Die beratende, informierende und koordinierende Tätigkeit der Schlaganfall-Lotsinnen beruht im Kern auf Kommunikationsarbeit. Fünf Schlaganfall-Lotsinnen betreuten die insgesamt 350 in das Modell eingeschlossenen Patient/innen und deren Angehörige in der Regel über die Dauer eines Jahres. Welche Patienten in das Modellprojekt einbezogen werden, entscheiden in der Regel die Schlaganfall-Lotsinnen auf der Stroke Unit oder während der stationären Rehabilitation. Im Rahmen des Modellprojektes verfügte das Lotsenteam über Qualifikation und mehrjährige Berufserfahrung im Bereich der neurologischen Intensivpflege, der psychiatrischen Pflege, der Logopädie und des Sozialdienstes. Auf der Grundlage eines qualitätsgesicherten Case Managements, das durch die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe entwickelt wurde, begleiten und betreuen die Lotsinnen die Patienten sektorenübergreifend. Die grundlegend standardisierte Prozedur wurde in kontinuierlichen Qualitätszirkeln der Lotsinnen fallbezogen angepasst und dokumentiert. Die prozessbegleitende Evaluation zeigte mit Blick auf die Tätigkeiten, die von den Lotsinnen dokumentiert wurden, die folgenden Schwerpunkte: (1) *Begleiten und Beraten*, (2) *Koordinieren und Organisieren*, (3) *Monitoring*. Auf der Grundlage des Case Managements berichten die Lotsinnen auch über interpersonale Beziehungen, die sie zu den Patienten und ihren Angehörigen aufgebaut haben, aus deren Perspektive sich wiederum die Betreuung durch die Lotsinnen zu einem emotional ausgeprägten „Kümmern“ entwickelte. Die hohe Kommunikationsdichte förderte diese über die sachliche Fallbegleitung hinausreichende Funktion der Lotsinnen, die sich möglicherweise auch stabilisierend auf die gesundheitliche Situation und die Eigenmotivation der Patienten für sekundärpräventive Maßnahmen auswirkte. Diese Effekte sind im Sinne klinischer Studienergebnisse zwar wenig belastbar, dennoch sind die im Rahmen der Evaluation durchgeführten Patientenbefragungen geprägt durch Schilderungen positiv erlebter Zuwendung, subjektiv empfundener Motivation und konkreter Hilfe in der Bewältigung einer kritischen Lebens- bzw. Erkrankungssituation. Schlaganfall-Lotsinnen stellen weder eine eigenständige Berufsgruppe mit eigenem Berufsrecht dar noch ist die Bezeichnung „Schlaganfall-Lotse“ als eigenständiger Beruf geschützt, es existiert bislang auch keine akkreditierte Fortbildung.

Auch ältere, oft multipel erkrankte Menschen haben komplexe Versorgungsbedarfe. Ein längerer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit wird häufig als Präferenz beschrieben und gilt gemeinhin als gewünscht. Die damit verbundene Erwartung,

6 „Etablierung einer sektorübergreifenden optimierten Schlaganfall-Versorgung in der Region Ostwestfalen-Lippe – Einführung eines qualitätsgesicherten Case Managements“, gefördert vom Land Nordrhein-Westfalen, Oktober 2013–Juli 2015.

eine aktive Alltagskompetenz und Lebensqualität auch im höheren Alter zu erhalten, kann durch ein systematisches geriatrisches Versorgungskonzept unterstützt werden. In Kooperation einer Akutklinik und eines Ärztenetzes in der ländlich strukturierten Region Ostwestfalen-Lippe wurde ein strukturiertes Case Management mit geriatrischem Schwerpunkt entwickelt und erfolgreich erprobt.<sup>7</sup> Kern des Versorgungskonzeptes ist das Arbeitsfeld von „Gesundheitsshelferinnen“, die entlang eines standardisierten Verfahrens und nach den Grundsätzen eines geriatrischen Case Managements die Versorgungssituation älterer Menschen koordinieren.

Ziel des Einsatzes der Gesundheitsshelferinnen war es, für ältere Menschen den Zugang zur Versorgung zu erleichtern, Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu mindern oder zu vermeiden und Krankenhauseinweisungen, Wiedereinweisungen sowie Pflegestufen (bzw. nun Pflegegrade) zu vermeiden. Zudem sollte eine langfristige Stabilisierung in der vorliegenden Pflegestufe (nun: Pflegegrad) erzielt werden. Der besondere Versorgungsbedarf älterer Menschen wurde vielfach beschrieben (z. B. Kuhlmeier und Schaeffer 2008; Lübke 2009) und stellt insbesondere die Leistungserbringer in ländlichen Regionen vor besondere Herausforderungen (vgl. Gerlinger 2011; Sachverständigenrat 2009 und 2014)<sup>8</sup>. Die Gesundheitsshelferinnen bieten in dieser Situation eine komplementäre Dienstleistung und Unterstützung der Klinikärzte, der niedergelassenen Ärzte sowie der Therapeuten, Pflegenden und weiterer professioneller Hilfsangebote. Die Gesundheitsshelferinnen informieren, koordinieren und beraten die Patient/innen und deren Angehörige im Rahmen eines sektorenübergreifenden Fallmanagements in enger Abstimmung mit den behandelnden Hausärzt/innen und bei stationärer Behandlung mit den Ärzt/innen der Akutklinik. Der Patienteneinschluss erfolgt überwiegend über niedergelassene Ärzt/innen. Zumeist handelt es sich um solche Patienten, bei denen sich Funktionsverluste und Einschränkungen der selbständigen Lebensführung abzeichnen.

Im Verlauf des Modellprojektes wurden rund 750 Patient/innen in das geriatrische Case Management eingeschlossen. Im Wesentlichen handelte es sich dabei um Patienten ab einem Lebensalter von 70 Jahren und einer vorrangig geriatritypischen Multimorbidität oder um Patienten ab einem Lebensalter von 80 Jahren, die im Sinne der Altersgebrechlichkeit eine erhöhte Vulnerabilität aufwiesen (vgl. Bundesverband Geriatrie 2010). Im Sinne eines geriatrischen Versorgungsverbundes wurde in diesem Modellprojekt bereits frühzeitig der Aufbau eines sektorenübergreifenden Case Managements mit spezifischem Fokus auf die Zielgruppe älterer und multimorbider Patienten erfolgreich erprobt. Die Leistungen der Gesundheitsshelferinnen umfassen einen Hausbesuch mit geriatrischem Eingangsassessment, die Sozialanamnese, einen Medikamentencheck, eine individuelle Beratung und Erstellung eines Hilfeplans, die Information und Rückmeldung an den behandelnden Hausarzt, die Koordination der erforderlichen Unterstützung, ein telefonisches Monitoring nach drei bis vier Wochen sowie ein daran anknüpfendes Monitoring nach

7 „Regionales Versorgungskonzept Geriatrie“, gefördert durch das Land Nordrhein-Westfalen, Juli 2010 – Juni 2013.

8 Winter (2008) beschreibt als „Geriatrisierung“ des Berufsfelds die wachsende Inanspruchnahme von Leistungen durch ältere Menschen, in deren Folge weitreichende qualifikatorische Anforderungen an die Gesundheitsberufe entstünden, auf die deren Angehörige bislang kaum hinreichend vorbereitet seien.

individueller Bedarfslage. In der Entwicklung des Case Managements für geriatrische Patienten hat sich schnell gezeigt, dass zwar ein breites und umfangreiches Hilfe- und Unterstützungsangebot in der Region besteht, dieses aber vielfach nicht ausreichend bekannt war. Diese mangelnde Transparenz galt nicht nur für die Patienten und ihre Angehörige, sondern wurde auch durch die Professionellen, insbesondere die Ärzt/innen im Krankenhaus und in der Arztpraxis, bekundet. Die Modellphase des Projektes zeigte deutliche Transparenzeffekte für alle Leistungserbringer und die Gesundheitshelferinnen wurden nicht nur für die eingeschlossenen Patienten zum wichtigen Ansprechpartner in ihrem Krankheitsverlauf, sondern waren schnell auch zentrale Anlaufstelle und Informationsquelle für Fragen rund um die geriatrische Versorgung in der Region.

### 10.2.2 Begleiter und Assistenten: Zuwendung als Leistung spezialisierter Tätigkeitsprofile

Seit Juli 2008 haben Pflegebedürftige sowie Personen, die nach § 45a SGB XI beispielsweise aufgrund einer Demenzerkrankung, einer psychischen Störung oder geistigen Behinderung eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, einen gesetzlichen Anspruch auf Zuschüsse für *zusätzliche, niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen* nach § 45b SGB XI. Niedrigschwellige Entlastungsangebote beinhalten die Erbringung von Dienstleistungen, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, organisatorische Hilfestellungen, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur Bewältigung des Pflegealltags oder andere geeignete Maßnahmen. Die Höhe des Zuschusses beträgt in der Regel 104 Euro und kann für Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Betreuungsleistungen eines ambulanten Pflegedienstes<sup>9</sup> oder ein nach Landesrecht anerkanntes niederschwelliges Betreuungsangebot eingesetzt werden. Für Pflegebedürftige und Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in stationären Einrichtungen gilt nach § 87b SGB XI ebenfalls ein Anspruch auf zusätzliche Aktivierung und Betreuung.

Niedrigschwellige Betreuungsleistungen werden durch Seniorenbegleiter/innen (§ 45b SGB XI), Demenzbegleiter/innen (§ 45b SGB XI) sowie Betreuungsassistent/innen (§ 87b SGB XI) erbracht. Eingeführt wurde u. a., dass Pflegeheime für Personen, die einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf im Sinne des § 45a SGB XI aufweisen, zur Betreuung und Aktivierung zusätzliche Betreuungskräfte einstellen können und dies durch leistungsgerechte Zuschläge nach § 87b SGB XI honoriert wird. Seit 2013 besteht auch für teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege) die Möglichkeit, zusätzliche Betreuungskräfte mit entsprechender Refinanzierung durch die Pflegekassen einzusetzen.

Während Betreuungsassistent/innen ausschließlich in der stationären Altenhilfe tätig sind, beziehen sich die Leistungen nach § 45b SGB XI auf die ambulante Altenhilfe, die ehrenamtlich oder im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit erbracht

<sup>9</sup> Betreuungsleistungen oder hauswirtschaftliche Dienste – ausgenommen sind Leistungen der Grundpflege.

wird: Im Kanon der Alltagsbegleiter/innen sind *Seniorenbegleiter/innen* unabhängig von der Art der Einschränkung im Einsatz, während *Demenzbegleiter/innen* im Hinblick auf das Krankheitsbild spezifischer geschult sind. Die Tätigkeiten der Senioren- und Demenzbegleiter/innen nach § 45b SGB XI umfassen Unterstützungsleistungen im Haushalt, bei der „Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags“, bei der Organisation von Leistungen sowie die Entlastung Pflegender (Angehöriger). Die Ausbildung ist nicht einheitlich geregelt und kann sich hinsichtlich der Inhalte und des Umfangs je nach Ausbildungsträger unterscheiden. Das Tätigkeitsprofil der *Betreuungsassistent/innen* nach § 87b SGB XI ist in den „Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen“ im Vergleich deutlich umfassender ausformuliert, nämlich Pflegebedürftigen und Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz mehr Zuwendung entgegenzubringen sowie deren soziale Teilhabe zu verbessern. Die Betreuungsleistungen zielen in hohem Maße auf Aktivitäten des alltäglichen Lebens (Spaziergänge, Begleitung zu Veranstaltungen, Brett- und Kartenspiele, Malen, Basteln, Musizieren), aber auch die Unterstützung im Haushalt ist Teil des Tätigkeitsspektrums sowie die Gesprächsführung, die insbesondere auch Gespräche über Sorgen und Nöte des zu Betreuenden umfasst. Laut Pflegestatistik waren im Jahr 2013 bundesweit rund 27 884 Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI in stationären Pflegeeinrichtungen tätig. Dies entspricht einem Anteil von rund 4,1 % an allen Personen, die im Jahr 2013 in stationären Pflegeheimen beschäftigt waren. Im Aufgabenfeld der Betreuungskräfte nach § 45b SGB XI waren auf Basis der Pflegestatistik im Jahr 2013 rund 10 477 Personen bundesweit tätig. Dies entspricht derzeit einem Anteil von rund 3,2 % an allen in der ambulanten Pflege beschäftigten Personen.

Ein therapeutischer oder pflegerischer Berufsabschluss ist für die drei beschriebenen Tätigkeitsfelder nicht erforderlich. Vielmehr können auch fachfremde Personen in das Berufsfeld einsteigen und eine Qualifizierung ohne zwingende Voraussetzungen beginnen. Somit sind nicht nur ehemalige Pflegefachkräfte unter den Alltagsbegleiter/innen zu finden, sondern auch Personen, die etwa aus kaufmännischen Berufen oder anderen fachfremden Berufen ausgestiegen sind (GKV Spitzenverband 2012a). Voraussetzungen für die Tätigkeit sind eine positive Haltung gegenüber kranken, behinderten und alten Menschen, soziale Kompetenzen und kommunikative Fähigkeiten, Beobachtungsgabe und Wahrnehmungsfähigkeit, Empathie- und Beziehungsfähigkeit. Die für die Alltagsbegleiter/innen und Betreuungsassistent/innen skizzierten Tätigkeiten haben vielfältige Bezüge nicht nur zur pflegerischen Arbeit, sondern auch zu therapeutischen Berufsfeldern. Entsprechend verschieben sich mit dem Einsatz von Alltagsbegleiter/innen und Betreuungskräften die Leistungsebenen und Professionsbezüge. An dieser Stelle ist im Vergleich zur eingangs beschriebenen Integration von Leistungen eine Leistungstrennung zu beobachten, die auch Konsequenzen für die Arbeit in der Pflege mit sich bringt. Insbesondere in der pflegewissenschaftlichen Debatte wird nach wie vor darauf hingewiesen, dass für den Professionalisierungs- und Aufwertungsprozess ganzheitliche Aufgabenkomplexe und Arbeitsvollzüge vonnöten sind. Faktisch zeigen diese Beispiele jedoch, dass zeitgleich auch eine Ausdifferenzierung informierender, betreuender und begleitender Aufgabenanteile im Rahmen pflegenaher Begleiter- und Assistenzberufe zu beobachten ist.

Damit kann – ganz im Sinne einer Professionalisierungsstrategie – eine komplementäre Funktion (d. h. die Überwindung einer Unterversorgung der Bewohner/innen und Patient/innen mit Zuwendung) und auch eine Entlastung der Pflegebeschäftigten im Arbeitsprozess verbunden sein. Perspektivisch stellt sich jedoch die Frage, ob und inwieweit diese Entwicklung in einem Spannungsverhältnis zur pflegewissenschaftlich und berufspolitisch sicher sinnvollen Forderung nach ganzheitlichen Aufgabenkomplexen bei den Pflegefachkräften steht. Zum anderen ist kritisch zu hinterfragen, für welche pflegerischen Berufsabschlüsse und Qualifikationsniveaus angesichts der finanziellen Rahmenbedingungen die Strategie, zunennungsorientierte Arbeitsfelder und Tätigkeitsprofile auszulagern, perspektivisch Vor- und Nachteile bringen wird.

### 10.2.3 Fallmanager aus der Hausarztpraxis: Von der Arztentlastung zur berufspolitischen Aufwärtsstrategie

Auch andere Gesundheitsprofessionen engagieren sich für patientennahe Tätigkeiten des „Kümmerns“, ohne dass dies in ausdifferenzierte, niedrigschwellige Spezial„berufe“ mündet. Als eine Alternativstrategie werden entsprechende Tätigkeitsanteile in das bestehende Aufgabenportfolio integriert und befördern eine Aufwärtsstrategie und damit eine Aufwertung des Berufsbildes. Nichtärztliche Praxisassistent/innen sind Medizinische Fachangestellte (MFA) mit einer Fortbildung, die sie zur Ausführung ärztlich delegierter Tätigkeiten befähigen.

Je nach Bundesland haben die jeweiligen Ärztekammern bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen unterschiedliche Fortbildungs-Modelle<sup>10</sup> entwickelt (vgl. Gerlach et al. 2011), die inzwischen unter dem Namen „Nichtärztliche Praxisassistentin“ zu einem bundeseinheitlichen Curriculum konvergiert sind, wobei in beiden Kammerbezirken Nordrhein-Westfalens der Name „Entlastende Versorgungsassistentin“ (EVA) beibehalten wurde. Ein bundesweit angebotenes Modell ist die vom Hausärzterverband in Kooperation mit dem Bundesverband für Medizinische Fachberufe e. V. entwickelte Qualifikation zur „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ (VerAH), die nach Angaben des Deutschen Hausärzterverbandes bereits rd. 7000 medizinische Fachangestellte durchlaufen haben (Stand September 2015). In den Kammerbezirken Nordrhein-Westfalens waren 2012 ca. 150 EVAs qualifiziert (Deutsches Ärzteblatt 2012), inzwischen sind allein in Westfalen-Lippe rd. 400 EVAs qualifiziert. Für beide Qualifikationen existieren inzwischen Spezialisierungsfortbildungen, z. B. durch zusätzliche Module im Rahmen der „VerAH plus“-Fortbildung oder (nur in Nordrhein-Westfalen) fachgebietspezifische Fortbildungen wie die EVA-NP (Neurologie) oder die EVA-O (Ophthalmologie).

Das aus Modellprojekten entstandene Leistungsangebot der Nichtärztlichen Praxisassistentin ist seit Anfang 2015 als abrechenbare Leistung nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 03060, 03062 und 03063 anerkannt, entsprechend ist mit einer Ausweitung der Qualifizierungen in den kommenden Jahren zu rechnen.

<sup>10</sup> AGnES – Arztentlastende, gemeindenaher, E-Health-gestützte Systemische Intervention in Brandenburg; EVA – Entlastende Versorgungsassistentin in Nordrhein-Westfalen, MoNi – Modell Niedersachsen, MoPra – Mobile Praxisassistentin in Sachsen-Anhalt, HELVER arztHELferinnen in der ambulanten VErSorgung in Schleswig-Holstein.

Neben der Abrechnung von Helferinnenbesuchen nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 40870 und 40872, die auf Besuche bei Patient/innen mit chronischen und/oder schwerwiegenden Erkrankungen und einem Alter ab 65 Jahre beschränkt sind, können auch bezirkseigene Vereinbarungen getroffen werden<sup>11</sup>. Die Leistungen der VerAH sind dagegen nur über Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung, nicht aber über GOP des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) vergütet. Um die Abrechenbarkeit zu vereinheitlichen und zu erweitern, aber auch um eine einheitliche Qualität zu erreichen, ist eine gegenseitige Anerkennung der Nichtärztlichen Praxisassistentin und der VerAH möglich.

Die Curricula der Qualifikationsangebote umfassen die Vermittlung von Kompetenzen in der allgemeinen Versorgung sowie in spezifischen Versorgungsbereichen (darunter befinden sich auch Lernziele der Palliativversorgung und Sterbebegleitung) sowie des Case Managements. In allen Curricula sind außerdem Lernziele für die Interaktion mit Patienten enthalten, die auf den intensivierten Kontakt mit Patienten in schwierigen Lebenssituationen vorbereiten.

Die Leistungen der Nichtärztlichen Praxisassistentin umfassen in der Regel Gesundheits- und Vorsorgeleistungen, je nach Anlass oder Problemlage kann auch eine intensivere Begleitung oder die Einleitung zusätzlicher Maßnahmen durch weitere Leistungserbringer erforderlich sein. So umfasst das Tätigkeitsprofil der Nichtärztlichen Praxisassistentin in Bezug auf das medizinische Handeln ärztlich abgestimmte Hausbesuche, das Medikamentenmanagement, das Impfmanagement, das Wundmanagement sowie Assessment-Aufgaben (vgl. Mergenthal et al. 2013). Darüber hinaus zählen zu den erweiterten Kümmerfunktionen der Nichtärztlichen Praxisassistentin z. B. auch die Beurteilung des psychischen Zustandes sowie die Begutachtung des (Wohn-)Umfeldes der Patienten, die individuelle Betreuung, Kommunikation und Organisation, Beratungsleistungen, Patientenschulungen sowie das Case Management (ebd.). Auch Erfahrungen durch erste Studien zu den Effekten des Einsatzes Nichtärztlicher Praxisassistenten (HELVER, VerAH) zeigen, dass die Betreuung und Begleitung von Menschen in ihrer häuslichen Umgebung in der gelebten Praxis breit gefächert ist und sowohl medizinische, psychosoziale als auch koordinierende Leistungen vereint (Schüler et al. 2011; Mergenthal et al. 2013).

### 10.3 Diskussion

Die hier skizzierte Exploration deutet bereits eine differenzierte Landschaft an, die sich entlang der angesprochenen Berufs-, Arbeits- und Tätigkeitsfelder sowohl sektorenübergreifend (z. B. Case Management, Gesundheitshelfer/innen, Schlaganfall-Lots/innen) als auch sektoral begrenzt oder bei einzelnen Leistungsanbietern (z. B. Nichtärztliche Praxisassistent/innen im ambulanten Sektor, Betreuungsassistent/innen im stationären Sektor) verorten lässt. Dass die Integration von Leistungen unterschiedlicher Sektoren und Leistungserbringer im Sinne einer *Koordination* ge-

<sup>11</sup> Beispielsweise existiert noch kein bundesweites Abrechnungsmodell für die EVA-Spezialisierungen, allerdings wurde in NRW ein Selektivvertrag mit einzelnen Kassen geschlossen, über den die Leistungen der EVA-NP abgerechnet werden können.

leistet wird, dient zunächst einmal einer bedarfsgerecht optimierten Inanspruchnahme von Leistungen durch Klient/innen und Patient/innen und ihrer Unterstützung<sup>12</sup>. Über die jeweiligen Fachbezüge hinaus wird auch deutlich, dass die skizzierten Aufgaben Tätigkeiten umfassen, die als zuwendungsorientiertes „Kümmern“ zu sehen sind. Diese Tätigkeiten liegen typischerweise nicht in kodifizierter Form vor und werden als zeitlich intensive Interaktionsarbeit abgerufen. Originär für diesen Zweck werden Betreuungskräfte und Alltagsbegleiter für ältere, hilfs- und pflegebedürftige Menschen zunehmend eingesetzt. In der Folge findet hier jedoch keine Integration komplexer Versorgungsleistungen statt, sondern vielmehr eine Leistungstrennung zwischen Pflege und Betreuung mit dem Risiko, dass die Komplexität im Zuständigkeits- und Leistungsgeflecht steigt.

Auch hinsichtlich der *Zielgruppen und Einsatzfelder* zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den skizzierten Tätigkeitsfeldern: Während Betreuungskräfte und Alltagsbegleiter im ambulanten (häuslichen) und stationären Bereich der Altenhilfe eingesetzt werden und hier Menschen mit spezifischen Versorgungsbedarfen betreuen, kümmern sich Nichtärztliche Praxisassistent/innen um die medizinisch/hausärztlichen Versorgungsbedarfe bestimmter Patientengruppen. Das Tätigkeitsfeld der Schlaganfall-Lots/innen und der Gesundheitshelfer/innen ist zwischen vermittelnder und zuwendungsorientierter Versorgung und Betreuung angesiedelt, indikationsspezifisch ausgerichtet und für eine bestimmte Zielgruppe verfügbar.

Auch mit Blick auf die *Genese* der skizzierten Tätigkeitsfelder lassen sich interessante Unterschiede darstellen: So entwickelten sich die erweiterten Funktionen der Nichtärztlichen Praxisassistenten/innen in der ambulanten Versorgung aus einer Situation heraus, die in den öffentlichen Debatten stark vom Ärztemangel bzw. Hausärztemangel insbesondere in den ländlichen Regionen geprägt war. Parallel engagierten sich zunehmend mehr Krankenhäuser im Rahmen der Re-Organisation ihres Entlassmanagements für die Überwindung von Versorgungsbrüchen im Übergang in den häuslichen Bereich, in die Rehabilitation oder in die Altenhilfe. Darüber hinaus war das Berufsbild der „Medizinischen Fachangestellten“ in den letzten Jahren mit einem Attraktivitätsverlust konfrontiert. Im Ergebnis wurde es durch ein entsprechendes Aufgaben- und Tätigkeitsspektrum *innerhalb* des etablierten Berufsbildes der „Medizinischen Fachangestellten“ (MFA) aufgewertet. Ähnlich wie die Pflegefachkräfte, die zumindest in der Altenhilfe zentrale Aufgaben der Betreuung und Begleitung an niedrigrschwellige Spezial„berufe“ abgegeben haben, zeichnen sich die MFA in ihrem Selbstverständnis dadurch aus, dass sie über die notwendigen Qualifikationen und Kompetenzen zur individuellen Fallbegleitung und Fallsteuerung von Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld verfügen. Auch wenn der Bezugspunkt hierbei nicht die pflegerische Versorgung als solche ist, so weitet sich das Tätigkeitsspektrum dennoch auf informierende, organisierende, betreuende und begleitende Handlungsfelder aus – und damit eben auch auf jene Handlungsfelder, die im Zuge der pflegerischen Professionalisierung durchaus auch von Pflegefachkräften beansprucht werden.

12 Impliziter Auftrag der Kümmerberufe ist dabei nicht nur die Vermittlung und Integration der verschiedenen Leistungen (und Leistungsanbieter) zur Vermeidung von Unter- und Fehlversorgung, sondern auch das Vermeiden von Leistungsüberschneidungen und Überversorgung.

## 10.4 Ausblick

Der Beitrag zeigt explorativ, dass sich derzeit neue Wege in die Sorgearbeit vor Ort konkretisieren. Dabei werden unterschiedliche berufspolitische Entwicklungspfade verfolgt, die sich mal als formale Aufwertung bestehender Berufsbilder (das Beispiel MFA/Versorgungsassistent/innen), mal als erfahrungsbasierte Erschließungsstrategie (das Beispiel der Schlaganfall-Lots/innen und Gesundheitshelfer/innen) oder über Zuwendung als Leistung niedrigschwelliger Begleiter- und Assistenzdienste manifestiert. Die skizzierten Entwicklungen lassen sich weder ausschließlich berufspolitisch noch ausschließlich versorgungspolitisch begründen. Deutlich wurde, dass ...

- ... die skizzierten Wege in die Sorgearbeit vor Ort allesamt auf bislang uneingelöster Begleitung und Zuwendung aus Patienten-, Bewohner- oder Klientensicht basieren. Insofern nehmen berufspolitische Entwicklungen berechtigt ihren Ausgangspunkt in informierenden, kommunikations- und zuwendungsorientierten Versorgungsaufgaben, die innerhalb bestehender sektorenübergreifender Strukturen und Prozesse nur unzureichend berücksichtigt werden.
- ... die skizzierten Entwicklungspfade nicht nur aus Sicht der beteiligten Berufsgruppen sondern auch aus Perspektive der beteiligten Unternehmen und Einrichtungen einen Nutzen, und zwar durchaus als *ökonomischen* Mehrwert, darstellen können. Dieser kann in der Realisierung von Kosten-, Effizienz- und Effektivitätsvorteilen, der Erschließung neuer Versorgungsanteile oder in der Eroberung von Koordinationsdomänen im Versorgungsprozess bestehen.
- ... es für künftige Überlegungen zielführend sein kann, die bislang berufs- und professionspolitischen Impulse zur Umsetzung von „*Community-Health-Care*“-Konzepten um Analysen unternehmenspolitischer und -wirtschaftlicher Anreize zu neuen Wegen in die Sorgearbeit zu ergänzen. Insofern plädiert der vorliegende Beitrag auch für eine stärkere Verschränkung der Gesundheitswissenschaften mit sozialraum- und wirtschaftssoziologischen Überlegungen zur Analyse der Entwicklungspfade von Gesundheitsberufen in der Versorgungspraxis.

Der Beitrag verfolgt keineswegs das Ziel, die skizzierten Entwicklungspfade normativ zu bewerten und gegeneinander ins Feld zu führen. Vielmehr geht es um eine explorative Skizze sowie eine Perspektive der inhaltlichen und konzeptionellen Erweiterung bislang diskutierter Hintergründe, Motive und Entwicklungsstrategien der Sorgearbeit vor Ort. Ob und welche konkreten Chancen und Risiken für die beteiligten Gesundheitsberufe entstehen, muss tiefgehend untersucht werden. Gleichwohl deuten schon die hier skizzierten Entwicklungen an, dass anstelle einer sachlich notwendigen und sozial wünschenswerten Integration zuwendungsorientierter Aufgaben in bestehende und etablierte Berufsbilder die Lösung von Versorgungsproblemen in zum Teil beruflich formalisierte Spezialzuständigkeiten verlagert wird. Hier gilt es in den kommenden Jahren zu beobachten, wie sich Strategien der Integration in den Arbeitsmarkt (z. B. durch schnellere und niedrigschwellige Einstiege in das Berufsfeld Gesundheit und Pflege) zum vielfach formulierten Anspruch der Gesundheitsfachberufe auf ganzheitliche Aufgabenzuschneide und zu einer Stärkung der Nutzer- und Patientenorientierung verhalten.

## Literatur

- Bundesverband Geriatrie. Weißbuch Geriatrie: Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf – Status quo und Weiterentwicklung. Stuttgart: Kohlhammer 2010.
- Dettmers S. Case Management im Akutkrankenhaus – gegenwärtige Konsequenzen für die soziale Arbeit und Pflegeprofession. In: Brinkmann V. Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. Wiesbaden: Gabler 2010; 277–85.
- Deutscher Hausärzterverband: 4000ste VERAH® hat Abschlussprüfung erfolgreich bestanden. Pressemitteilung. [http://www.hausaerzterverband.de/cms/Aktuelle-Informationen-im-Detail.529.0.html?&no\\_cache=1&tx\\_ttnews\[tt\\_news\]=821](http://www.hausaerzterverband.de/cms/Aktuelle-Informationen-im-Detail.529.0.html?&no_cache=1&tx_ttnews[tt_news]=821) (10. Oktober 2014)
- Deutsches Ärzteblatt: Nichtärztliche Praxisassistentin: die Versorgung im Team sichern. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/123833/Nichtaerztliche-Praxisassistentin-Die-Versorgung-im-Team-sichern> (10. Oktober 2014)
- Evers A, Heinze RG, Olk T. Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2011.
- Ewers M, Schaeffer D. Case Management in Theorie und Praxis. Bern et al.: Huber 2000.
- Gerlach I, Brenk-Franz K, Gensichen J. Qualifizierung von MFA für delegierbare Tätigkeiten in der häuslichen Umgebung von allgemeinärztlichen Patienten. *Z Allg Med* 2011; 87 (6).
- Gerlinger T. Versorgung in ländlichen Regionen. *Public Health Forum* 2011; 19 (1).
- GKV Spitzenverband. Evaluation der Pflegeberatung nach § a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. Berlin. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 10. Berlin 2012.
- GKV Spitzenverband. Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 9. Berlin 2012a
- Klie T, Künzel G, Hoberg R. Case Managementstärkungsgesetz? Konzeptionelle und gesetzgeberische Optionen für die Verankerung der Pflegeberatung auf kommunaler Ebene im PSG II. *Case Management* 2015; (1):32–40.
- Klie T. Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. München: Pattloch 2014.
- Klie T. Case Management und Soziale Dienste. In: Evers A, Heinze RG, Olk T. Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2011; 499–512.
- Kuhlmei A, Schaeffer D. Alter, Gesundheit und Krankheit: Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Verlag Hans Huber 2008.
- Lübke N. Der „geriatrische Patient“: Zum Diskussionsstand um die Definition der Zielgruppe geriatrispezifischer Leistungserbringung. *Der Medizinische Sachverständige* 2009; 105 (1): 111–7.
- Mergenthal K, Beyer M, Güthlin C, Gerlach FM. Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Z Evid Fortbild Qual im Gesund wesen (ZEFQ)* 2013; 107 (6): 386–93.
- Monzer M. Case Management Grundlagen. Heidelberg: medhochzwei 2013.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung: Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, Langfassung. Bonn/Berlin 2014.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration: Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, Langfassung. Bonn/Berlin 2009.
- Schaeffer D, Hämel K, Ewers M. Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen: Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim: Beltz Juventa 2015.
- Schüler G, Weber I, Löttgen M, Klaes L, Andreßen C. Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Menschen: Abschlussbericht im Auftrag der Bundesärztekammer. Bonn 2011.
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden 2015a.
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2015b.

- Wendt WR. Case und Care: was im Case Management zu besorgen ist. In: Brinkmann V. Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. Wiesbaden: Gabler 2010; 151–67.
- Winter MH. Anforderungsveränderungen an die Qualifizierung der Gesundheitsberufe. In: Kuhlmei A, Schaeffer D. Alter, Gesundheit und Krankheit: Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Hans Huber 2008; 412–20.
- Wissert M. Unterstützungsmanagement als Rehabilitations- und Integrationskonzept bei der ambulanten Versorgung älterer, behinderter Menschen. Aachen 2001.

This page intentionally left blank

# 11 Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige

Elmar Gräßel und Elisa-Marie Behrndt

## Abstract

In dem Beitrag wird ausgehend von der Begriffsbestimmung des pflegenden Angehörigen auf die subjektive Belastung und ihre Folgen eingegangen. Nachfolgend wird ein Überblick über das Spektrum der Unterstützungsangebote in Deutschland gegeben – beginnend mit informationellen Hilfen wie Angehörigenberatung bis hin zu alternativen instrumentellen Entlastungsformen wie dem Betreuten Wohnen. Abschließend werden sieben praktische Implikationen für die Stärkung und bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Angehörigenpflege abgeleitet.

Based on the definition of informal caregivers, the article elaborates on the subjective burdens of informal caregivers and the consequences that result from caring for a person in need. The review gives an overview of the existing caregiving services in Germany, including educational support such as counselling for caregivers and instrumental support such as assisted living. To conclude, we derive seven implications for the improvement and development of informal caregiving

11

## 11.1 Charakteristika der pflegenden Angehörigen in Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland waren zum Jahresende 2014 2,7 Millionen Menschen gemäß Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) pflegebedürftig. 71 % von ihnen werden zu Hause versorgt (Bundesministerium für Gesundheit 2015). Dies ist die weit überwiegende Mehrheit, sodass im Hinblick auf den demografischen Wandel mit einer absoluten und relativen Zunahme der über 65-Jährigen dieser Versorgungsform besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte.

Einer repräsentativen Erhebung zufolge erhalten in Deutschland 92 % der Menschen mit Pflegebedarf regelmäßige Unterstützung und Hilfe von Privatpersonen, die diese Tätigkeit nicht erwerbsmäßig durchführen (Schneekloth 2005). Dieser Personenkreis wird in der Fachliteratur auch als „informelle Pflegepersonen (informal caregivers)“ bezeichnet. Da diese in über 90 % der Fälle in verwandtschaftlicher Beziehung zur pflegebedürftigen Person stehen, wird im Folgenden der Begriff „pflegende Angehörige“ verwendet. Diese Bezeichnung beinhaltet jedoch 8 % informelle Helfer, die nicht mit der pflegebedürftigen Person verwandt sind (s. Ta-

Tabelle 11–1

**Merkmale der Hauptpflegepersonen in Deutschland und Europa**

	A) Deutschland	B) Europa <sup>#</sup>
	Repräsentative Stichprobe (n = 1110) aus allen Pflege- bedürftigen* in Privathaushalten (Schneekloth 2005)	Regionale Stichproben (n <sub>gesamt</sub> = 5923) der Haupt- pflegepersonen eines Pflege- bedürftigen über 65 Jahre (Czekanowski et al. 2008)
Alter (Durchschnitt in Jahren)	59	55
Geschlecht (% Frauen)	73	76
Beziehung		
– (Ehe-)Partner (%)	28	22
– Elternteil (%)	13	entfällt
– Kinder/Schwiegerkinder (%)	42	60
– Sonstige Verwandte (%)	9	18
– Nicht verwandt (%)	8	
Gemeinsamer Haushalt/ gemeinsames Haus (%)	70	56
Erwerbstätig (%)	23	41

<sup>#</sup> Sechs-Länder-Studie: Deutschland, Griechenland, Italien, Polen, Schweden, Vereinigtes Königreich

\* Pflegebedürftige ohne Selektion von Alter oder Ursache der Pflegebedürftigkeit

Pflege-Report 2016

WIdO

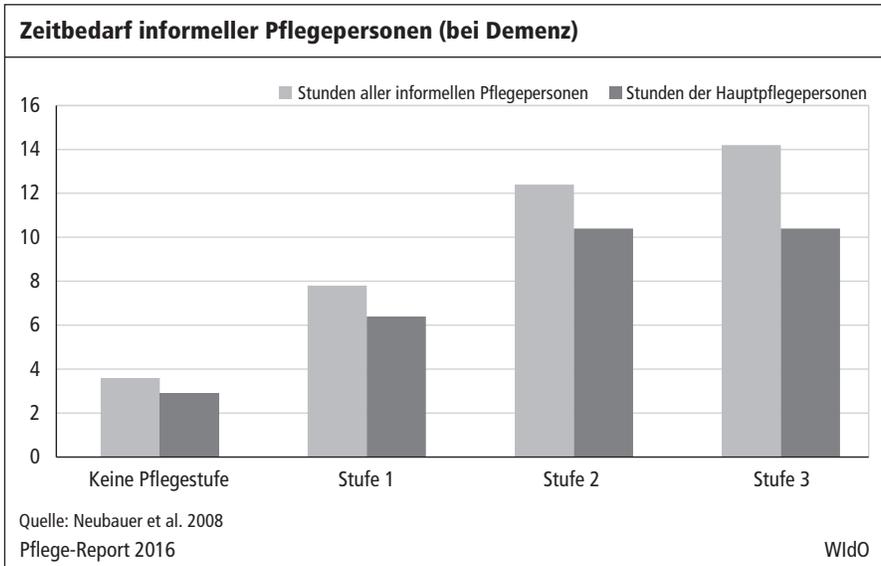
belle 11–1, Spalte 1). Zur besseren Lesbarkeit des Textes werden im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen, die sich sowohl auf Frauen und Männer beziehen, generell in männlicher Form angeführt.

Allen gemeinsam ist, dass für sie die häusliche Pflege keine Erwerbstätigkeit darstellt und sie meistens nicht systematisch geschult sind. Pflegekurse werden zwar angeboten, die Teilnahme ist jedoch freiwillig. Pflegetätigkeiten umfassen sämtliche zu Hause anfallenden Hilfetätigkeiten, angefangen zum Beispiel von Transportdiensten über das Organisieren und Überwachen der Arzneimitteleinnahme bis hin zu fundamentalen, körpernahen Pflegetätigkeiten wie Hilfe bei Mobilität oder der Toilettenbenutzung.

Das Durchschnittsalter der pflegenden Angehörigen liegt in Deutschland bei 59 Jahren (Tabelle 11–1). Die größte Gruppe mit 42 % sind die pflegenden Kinder oder Schwiegerkinder. In drei von vier Fällen werden die Pflegetätigkeiten von Frauen erbracht. Wenn Männer als pflegende Angehörige in Erscheinung treten, dann meistens bei der Pflege ihres (Ehe-)Partners, deutlich seltener als pflegender Sohn oder Schwiegersohn (Gräbel 1998a).

Im europäischen Vergleich fällt folgender Trend auf (Tabelle 11–1): Da in anderen europäischen Ländern der Anteil pflegender Kinder/Schwiegerkinder größer ist – und dafür der Anteil pflegender (Ehe-)Partner geringer ausfällt –, ist der Altersdurchschnitt in Deutschland etwas höher und die Erwerbstätigenquote der pflegenden Angehörigen niedriger. Dieser Vergleich zeigt, dass häusliche Pflege abhängig von länderspezifischen sozialen Kontexten ist.

Abbildung 11–1



Der Anteil pflegender Angehöriger, die zusammen mit der pflegebedürftigen Person in einer gemeinsamen Wohnung bzw. in einem gemeinsamen Haus leben (vgl. Tabelle 11–1), liegt zwischen 56 % (europäischer Durchschnitt) und 70 % (Deutschland). Durch diese räumliche Nähe steht der pflegende Angehörige unmittelbar für Hilfeleistungen zur Verfügung. Sie/er kann sich jedoch kaum zur Erholung zurückziehen. Dies kann eine von mehreren Ursachen für die Belastung durch die häusliche Pflege sein, die pflegende Angehörige erleben. Dabei fällt auf, dass sich die Unterstützungs- und Pflegetätigkeiten zwar oft auf eine informelle Person, Hauptpflegeperson genannt, konzentriert, diese jedoch im Durchschnitt Unterstützung von einer oder mehreren anderen informellen Helfern erhält. Diese Unterstützung ist dann umso größer, je höher der pflegerische Aufwand gemessen in Pflegestufen ist (s. Abbildung 11–1). Dies wurde anhand einer großen ambulanten Stichprobe pflegender Angehöriger untersucht, die einen Menschen mit leichter oder mittelschwerer Demenz zu Hause versorgten (Neubauer et al. 2008). Wenige Fakten sind bisher über die häusliche Pflege in Migrationsfamilien bekannt. Eine aktuelle empirische Untersuchung zeigt, dass pflegende Angehörige mit türkischem Migrationshintergrund ein erhebliches Ausmaß körperlicher Beschwerden aufweisen, das mit dem Grad der subjektiven Belastung signifikant zunimmt (Ulusoy und Gräbel, eingereicht).

## 11.2 Subjektive Belastung pflegender Angehöriger

### 11.2.1 Häusliche Pflege als „Stressor“ für die Angehörigen

Es ist leicht nachvollziehbar, dass die Übernahme von Verantwortung für die Versorgung eines chronisch kranken, unterstützungsbedürftigen Menschen im häuslichen Umfeld durch einen Angehörigen eine erhebliche Anforderung darstellt, die eine intensive Auseinandersetzung mit der neuen Situation erfordert, verbunden mit einer Anpassung an die neue Lage. Dieser Prozess wird von den betreffenden Personen wahrgenommen und kann sowohl positiv als auch negativ bewertet werden. Diese Bewertung betrifft alle Aspekte der häuslichen Pflege, zum Beispiel die Beziehung zur gepflegten Person, die Veränderungen des sozialen Umfelds einschließlich beruflicher Veränderungen oder die eigenen Anstrengungen im Zusammenhang mit der Pflege. Die Summe all dieser Bewertungen in negativer Richtung wird als wahrgenommene Belastung bezeichnet. Diese Bewertungsvorgänge sind subjektiver Art – es handelt sich also um **subjektive Belastung**.

Dagegen werden Aspekte der häuslichen Pflege, die unabhängig von individuellen Bewertungsvorgängen sind, als **objektive Belastung** bezeichnet, zum Beispiel die durchschnittliche Dauer der täglichen Pflegetätigkeiten.

Subjektive Belastung lässt sich konzeptionell aus dem Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) ableiten. Es macht die dynamischen Prozesse bei Übernahme häuslicher Pflegetätigkeit und in deren Folge die Konsequenzen für den pflegenden Angehörigen verständlich. Lazarus und Folkman (1984) haben als erste empirisch belegt, dass das Ergebnis der Auseinandersetzung mit Anforderungen von deren Bewertung durch die betroffene Person, also von kognitiven Vorgängen, entscheidend beeinflusst wird (= primäre Bewertung). Eine Anforderungssituation kann eher positiv („ist günstig für mich“), eher negativ („ist ungünstig für mich“) oder neutral eingestuft werden. Außerdem bewertet die betroffene Person nicht nur die Situation selbst, sondern auch die eigenen Möglichkeiten, damit umzugehen – habe ich die Fähigkeiten, damit fertig zu werden (positive sekundäre Bewertung), oder fällt die Bilanz eher negativ aus, wie „das schaffe ich ja doch nicht“ (negative sekundäre Bewertung). Je nachdem, wie die primäre und sekundäre Bewertung ausfällt, wird davon das Ergebnis des Anpassungsprozesses beeinflusst. Je negativer die Bewertungen ausfallen, desto ungünstiger wird die Stressreaktion ablaufen, das heißt mit ungünstigen Begleiterscheinungen verbunden sein. Entscheidend ist, dass sich die subjektive Bewertung durch Veränderungen der Pflegesituation entwickeln kann. Die Neubewertung kann günstiger oder auch ungünstiger ausfallen und damit die subjektive Belastung sinken oder ansteigen. Durch die zeitliche Veränderbarkeit der subjektiven Belastung wird sie zu einer **sehr bedeutenden Maßeinheit (Zielgröße) für Interventionsmaßnahmen**, die das Ziel haben, pflegende Angehörige zu entlasten.

Ob und in welchem Umfang es zu negativen Konsequenzen der Anpassung an die häusliche Pflegesituation kommt, hängt außer von kognitiven Bewertungsprozessen auch noch von anderen Einflüssen ab. Hier sind vor allem Coping-Strategien, Ressourcen und Vulnerabilitäten zu nennen. Als „Coping-Strategien“ werden unterschiedlich erfolgreiche Umgangsweisen mit einem Stressor, hier der häuslichen Pflegesituation, bezeichnet. Am gebräuchlichsten ist die Einteilung nach Carver

(1997) in „emotionsorientiertes Coping“ (Humor aktivieren, emotionale Unterstützung suchen, einer Sache etwas Positives abgewinnen können etc.), „problemorientiertes Coping“ (die eigenen Anstrengungen in der Angelegenheit erhöhen, Unterstützung von anderen suchen, gezieltes Planen etc.) und „dysfunktionales Coping“ (den Umgang mit der Angelegenheit aufgeben, Selbstkritik üben, Alkohol und andere Drogen einnehmen etc.). Dysfunktionales Coping ist mit ungünstigen Auswirkungen verbunden. Problem- und emotionsorientiertes Coping dagegen sind günstige Umgangsweisen.

Ressourcen („Stärken“) sind z. B. das Ausmaß an sozialer Unterstützung, die pflegende Angehörige erhalten. Mit Vulnerabilitäten werden „Schwächen“ bezeichnet, wie z. B. die Neigung, schnell erschöpft zu sein. All diese Einflüsse sind im „Balance-Modell“ der Angehörigensituation zusammengefasst (Gräbel und Adabbo 2011).

Nicht vergessen werden darf, dass es als Ergebnis des Anpassungsprozesses an die häusliche Pflegesituation nicht nur zu negativen, sondern auch zu **positiven Konsequenzen** kommen kann, die als „**Benefits**“ bezeichnet werden. Es kann das Gefühl sein, gebraucht zu werden, oder die Erkenntnis, neue Fähigkeiten erworben zu haben sowie die Bestätigung, eine Verpflichtung erfüllen zu können, wie auch die Freude darüber, mit der pflegebedürftigen Person zusammen sein zu können, etc. (siehe Baronet 2003). Eine große Mehrheit der pflegenden Angehörigen bringt mindestens einen positiven Aspekt mit der häuslichen Pflege in Verbindung (Cohen et al. 2002). Benefits treten statistisch betrachtet weitgehend unabhängig vom Ausmaß der Belastung auf (Liew et al. 2010).

## 11.2.2 Erfassung der subjektiven Belastung

Die Erfassung der Belastung erfolgt üblicherweise durch Selbstbeurteilung der pflegenden Angehörigen mittels eines standardisierten Fragebogens. In den vergangenen 30 Jahren wurden weltweit mehrere Belastungsskalen entwickelt. Gobin (2015) gibt hierzu einen systematischen Überblick. Diese Selbstbeurteilungsskalen unterscheiden sich konzeptionell und qualitativ. Konzeptionell unterscheiden sie sich durch ihre theoretische Fundierung und dadurch, ob sie einen Summenwert für die subjektive Gesamtbelastung liefern oder zwischen verschiedenen Teilaspekten der Belastung – etwa emotionale und finanzielle Belastung – differenzieren. Qualitative Unterschiede betreffen vor allem Aspekte der Gültigkeit der ermittelten Werte, den Zeitbedarf für das Ausfüllen des Fragebogens („Testökonomie“) und die internationale Verwendbarkeit, d. h. in welchen Sprachen der Fragebogen vorliegt.

Die Belastungsskala, auf die sich die Angaben im nachfolgenden Kapitel beziehen, ist die „Häusliche-Pflege-Skala“ (HPS), international „Burden Scale for Family Caregivers“ (BSFC) genannt (Gräbel et al. 2003). Sie war entwickelt worden (Gräbel und Leutbecher 1993), da bis dato kein Fragebogen vorlag, dessen Gültigkeit (Validität) für deutschsprachige Angehörige nachgewiesen worden war. Die HPS beruht auf dem Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984). Im Summenwert drückt sich die subjektive Gesamtbelastung des pflegenden Angehörigen aus. Sie ist bei allen informellen Pflegepersonen anwendbar, egal in welcher Beziehung sie zu dem Menschen mit Pflegebedarf stehen, und kann für alle Ursachen des chronischen Pflegebedarfs eingesetzt werden. Die Gültigkeit des Summenwertes ist in

mehreren Studien (Gräbel 1998a; Grau et al. 2015) mit Stichproben bis zu 2000 Angehörigen und für mehrere Sprachen (z. B. englische Validierung: Gräbel et al. 2003) nachgewiesen worden. Die Originalfassung besteht aus 28 Aussagen (Items), die sämtliche Bereiche erfassen, die für subjektive Belastung relevant sind – von der durch die häusliche Pflege beeinflussten Selbstwahrnehmung bis hin zur Interaktion mit der gepflegten Person (ausführliche Beschreibung siehe Gräbel 2001).

Um die subjektive Belastung noch ökonomischer erfassen zu können, gibt es seit 2014 eine Kurzfassung mit nur zehn Aussagen, mit der die Gesamtbelastung ohne Qualitätseinbußen im Vergleich zur Originalfassung ermittelt werden kann (Graessel et al. 2014).

Das Besondere ist, dass die Gültigkeit des HPS-Summenwertes am Ausmaß psychosomatischer körperlicher Beschwerden des pflegenden Angehörigen untersucht wurde. Es gilt der Zusammenhang, dass je größer die subjektive Belastung ist, desto ausgeprägter die psychosomatischen körperlichen Beschwerden des pflegenden Angehörigen sind. (Gräbel 1998b). Die HPS erfüllt alle Testgütekriterien für einen gut konstruierten Fragebogen (Gräbel 2001). Die Interpretationsrichtlinien sind auf bestimmte Pflegeursachen bezogen und unterscheiden zwischen der Pflege eines älteren Menschen mit beziehungsweise ohne demenzielle Beeinträchtigungen. Eine weitergehende Differenzierung nach Pflegeursachen ist nicht notwendig. Es zeigt sich ganz deutlich (s. Tabelle 11–2 und 11–3), dass Angehörige, die einen Menschen mit Demenz zu Hause pflegen, deutlich stärker subjektiv belastet sind und mehr körperliche Beschwerden aufweisen als andere Angehörige (Gräbel 1998a).

Die Häusliche-Pflege-Skala HPS kann für Praxis und Forschung eingesetzt werden. In der Beratungssituation von pflegenden Angehörigen kann die HPS benutzt werden, damit sich Berater einen Überblick über die Belastungssituation verschaffen können und um die Dringlichkeit der Vermittlung von Entlastungsmaßnahmen zu verifizieren. In der Forschung ist die Messung der subjektiven Belastung vor allem als Zielkriterium für Interventionsstudien interessant, in denen die Wirksamkeit von Entlastungsmaßnahmen ermittelt werden soll.

Sowohl die 28-Item-Originalfassung als auch die 10-Item-Kurzfassung – einschließlich der Auswertung- und Interpretationsrichtlinien – sind im Internet unter **[www.caregiver-burden.eu](http://www.caregiver-burden.eu) in 20 Sprachen frei verfügbar.**

### 11.2.3 Ausmaß der subjektiven Belastung pflegender Angehöriger

Wird die Belastung mit einer einzigen, globalen Frage erfasst, resultiert für Deutschland im repräsentativen Querschnitt über alle Ursachen der Pflegebedürftigkeit hinweg folgendes Bild (Schneekloth 2005): 5 % der pflegenden Angehörigen fühlen sich gar nicht belastet, 12 % eher wenig, 42 % eher stark und 41 % sehr stark. Demnach würden sich 83 % der pflegenden Angehörigen in Deutschland mindestens stark belastet fühlen. Diese Werte geben die Realität jedoch verzerrt wieder, da eine einzige direkte Frage „Fühlen Sie sich durch die häusliche Pflege belastet“ den Effekt der „Ja-sage-Tendenz“ stark begünstigt. Es entstehen mehr Fälle mit hoher Belastung als in Wirklichkeit vorhanden sind.

Tatsächlich ist die subjektive Belastung niedriger. Außerdem sollte die Situation differenziert betrachtet werden. In einer sehr großen Stichprobe (1 911 pflegende

Angehörige), die jedoch das Kriterium der Zufälligkeit der Stichprobenziehung nicht erfüllt, zeigte sich ebenfalls, dass die Belastung Angehöriger bei der Pflege von Menschen mit Demenz größer ist als bei der Betreuung von Menschen mit anderen neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen (z. B. Multiple Sklerose, Depression) und mit internistisch-geriatrischen Erkrankungen (z. B. Herzschwäche, Polyarthrose; Gräßel 1998b). Für die Praxis ausreichend ist die Unterscheidung zwischen Menschen mit Demenz und Nicht-Demenz. Angehörige, die jemanden mit einer Demenzerkrankung pflegen, fühlen sich in 41 % der Fälle stark bis sehr stark belastet (Tabelle 11–2). Liegt keine Demenzerkrankung vor, sind es 14 % (Tabelle 11–3).

Tabelle 11–2

**Ausmaß der subjektiven Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz**

Ausmaß der subjektiven Belastung	Summenwert der Häusliche-Pflege-Skala (HPS)	Risiko für psychosomatische körperliche Beschwerden <sup>a</sup>	Häufigkeit in der Substichprobe (n = 1 236)
Nicht bis gering	0–35	Nicht erhöht <sup>b</sup>	33,8 %
Mittelgradig	36–45	Erhöht <sup>c</sup>	25,3 %
Stark bis sehr stark	46–84	Stark erhöht <sup>d</sup>	40,9 %

<sup>a</sup> Erfasst mit dem Gießener Beschwerdebogen (GGB-24)

<sup>b</sup> In diesem Bereich haben die Hälfte der pflegenden Angehörigen körperliche Beschwerden in durchschnittlichem oder unterdurchschnittlichem Ausmaß und die andere Hälfte ein überdurchschnittliches Ausmaß körperlicher Beschwerden. Dies entspricht der Verteilung der Beschwerden in der „Allgemeinbevölkerung“.

<sup>c</sup> In diesem Bereich haben mehr als die Hälfte der pflegenden Angehörigen körperliche Beschwerden in überdurchschnittlichem Ausmaß.

<sup>d</sup> In diesem Bereich haben 90 % der pflegenden Angehörigen körperliche Beschwerden in überdurchschnittlichem Ausmaß.

Pflege-Report 2016

WIdO

Tabelle 11–3

**Ausmaß der subjektiven Belastung pflegender Angehöriger bei Nicht-Demenz**

Ausmaß der subjektiven Belastung	Summenwert der Häusliche-Pflege-Skala (HPS)	Risiko für psychosomatische körperliche Beschwerden <sup>a</sup>	Häufigkeit in der Substichprobe (n = 591)
Nicht bis gering	0–41	Nicht erhöht <sup>b</sup>	61,4 %
Mittelgradig	42–55	Erhöht <sup>c</sup>	24,4 %
Stark bis sehr stark	56–84	Stark erhöht <sup>d</sup>	14,2 %

<sup>a</sup> Erfasst mit dem Gießener Beschwerdebogen (GGB-24)

<sup>b</sup> In diesem Bereich haben die Hälfte der pflegenden Angehörigen körperliche Beschwerden in durchschnittlichem oder unterdurchschnittlichem Ausmaß und die andere Hälfte ein überdurchschnittliches Ausmaß körperlicher Beschwerden. Dies entspricht der Verteilung der Beschwerden in der „Allgemeinbevölkerung“.

<sup>c</sup> In diesem Bereich haben mehr als die Hälfte der pflegenden Angehörigen körperliche Beschwerden in überdurchschnittlichem Ausmaß.

<sup>d</sup> In diesem Bereich haben 90 % der pflegenden Angehörigen körperliche Beschwerden in überdurchschnittlichem Ausmaß.

Pflege-Report 2016

WIdO

## 11.2.4 Auswirkungen der subjektiven Belastung

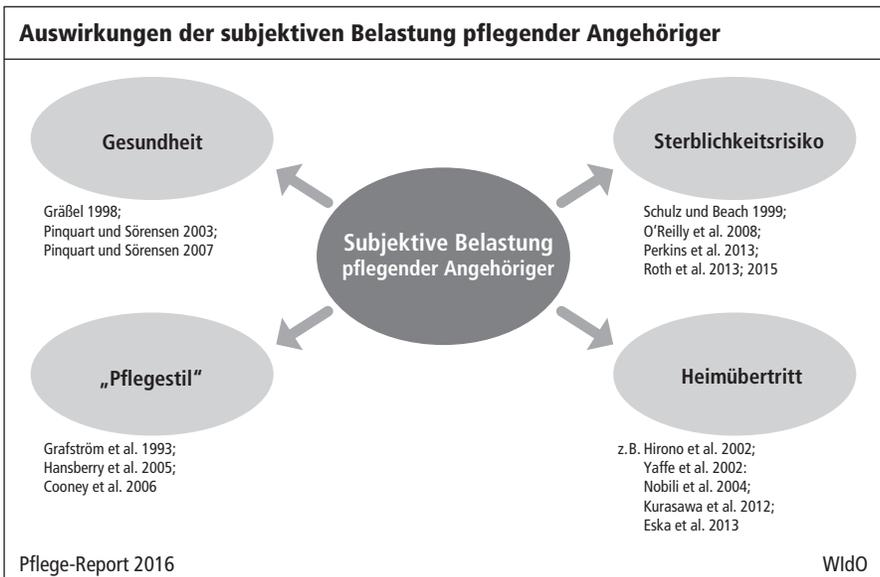
Die Auswirkungen der subjektiven Belastung betreffen die Pflegesituation als Ganzes, die pflegebedürftigen Menschen und die Angehörigen selbst (s. Abbildung 11–2).

### Psychische und körperliche Gesundheit der pflegenden Angehörigen

Da in der Vergangenheit eine Vielzahl einzelner Studien zum Vergleich zwischen pflegenden Angehörigen und gleichaltrigen Gruppen Nichtpflegender (Kontrollpersonen) durchgeführt wurde, wird an dieser Stelle über das Ergebnis einer Metaanalyse berichtet, die die Einzelergebnisse von 84 Studien zusammenfasst (Pinquart und Sörensen 2003). Körperliche Beschwerden als Maß für die körperliche Gesundheit wurden von pflegenden Angehörigen zwar statistisch signifikant häufiger angegeben, der Unterschied zu Nichtpflegenden war jedoch im Durchschnitt nur geringgradig ausgeprägt (Effektstärkemaß  $g = 0,18$ ). Der Unterschied ist bei der Pflege eines Demenzkranken etwas größer ( $g = 0,26$ ), d. h. dass pflegende Angehörige eines Menschen mit Demenz im Vergleich zu Kontrollpersonen mehr körperliche Beschwerden angeben als pflegende Angehörige, die einen ausschließlich körperlich erkrankten Menschen pflegen. Bei der Depressivität als Maß für die psychische Gesundheit, ist der Unterschied zu Nichtpflegenden deutlich größer ( $g = 0,58$ ) und bei der Pflege eines Menschen mit Demenz nochmals ausgeprägter ( $g = 0,65$ ).

Diese Metaanalyse zeigte, dass pflegende Angehörige durchschnittlich nur wenig mehr körperliche Beschwerden angeben als Kontrollpersonen. Betrachtet man körperliche Beschwerden detaillierter, fällt auf, dass Gelenkschmerzen und körperliche Erschöpfungssymptome bei pflegenden Angehörigen stärker ausgeprägt sind

Abbildung 11–2



als in der Allgemeinbevölkerung. Dieser Unterschied ist bei Magenbeschwerden und insbesondere bei Herzbeschwerden jedoch kaum mehr zu beobachten (Gräßel 1998a).

Die Metaanalyse von Pinquart und Sörensen (2003) berücksichtigt jedoch leider nicht den möglichen Einfluss der subjektiven Belastung auf die körperliche bzw. psychische Gesundheit der pflegenden Angehörigen.

Die körperliche Gesundheit pflegender Angehöriger im Zusammenhang mit der subjektiven Belastung ergibt folgendes Bild: Unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit besteht ein signifikanter, mittelstarker Zusammenhang zwischen subjektiver Belastung und körperlichen Beschwerden (Zusammenhangsmaß  $r = 0,49$ ; Gräßel 1994). Es gilt der Grundsatz: Je größer die Belastung ist, desto ausgeprägter sind die körperlichen Beschwerden und zwar sowohl bei der Pflege eines ausschließlich körperlich erkrankten Menschen als auch bei Demenz (vgl. Tabelle 11–2 und 11–3). Dieses Ergebnis wird von einer weiteren Metaanalyse von Pinquart und Sörensen (2007) bestätigt, bei der 176 Einzelstudien berücksichtigt wurden. Die körperliche Gesundheit der pflegenden Angehörigen ist umso stärker beeinträchtigt, je größer die subjektive Belastung ist und je mehr Verhaltensauffälligkeiten die pflegebedürftige Person zeigt, was eher bei Menschen mit Demenz zu beobachten ist.

Die Betrachtung der psychischen Gesundheit pflegender Angehöriger im Zusammenhang mit der subjektiven Belastung zeigt folgende Ergebnisse: Zwischen dem Vorliegen ärztlicher Depressionsdiagnosen (ja oder nein) bei pflegenden Angehörigen auf der Grundlage von Kassendaten und der unabhängig davon ermittelten subjektiven Belastung besteht ein signifikanter, mäßig stark ausgeprägter Zusammenhang ( $\eta^2 = 0,19$ ; Grau et al. 2015). Das heißt, bei pflegenden Angehörigen steigt die Wahrscheinlichkeit einer Depressionsdiagnose mit zunehmender pflegerischer Belastung.

### **Sterblichkeitsrate bei pflegenden Angehörigen**

Da die körperliche und psychische Gesundheit bei pflegenden Angehörigen stärker beeinträchtigt ist als bei Nichtpflegenden, stellt sich natürlich die Frage, ob dieser Sachverhalt nicht noch gravierendere Auswirkungen hat – im „schlimmsten Fall“ auf das Sterblichkeitsrisiko.

Grundsätzlich – also ohne Berücksichtigung der subjektiven Belastung – gilt, dass pflegende Angehörige insgesamt sogar ein etwas geringeres Risiko haben zu sterben. Diese Aussage beruht auf sehr belastbaren Daten, nämlich einerseits auf einer Volkszählung (O’Reilly et al. 2008) und andererseits auf einer Überblicksarbeit, die fünf Einzelstudien analysierte (Roth et al. 2015). Im Sechs-Jahres-Zeitraum ist das Risiko schätzungsweise um 18 % geringer (Roth et al. 2013).

Wird die subjektive Belastung berücksichtigt, sieht die Situation anders aus. Eine Studie fand keinen Unterschied in der Mortalität pflegender Angehöriger im Vergleich zu Nichtpflegenden (Roth et al. 2013). Zwei Studien zeigten jedoch ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko für pflegende Angehörige, die sich belastet fühlen – insbesondere bei starker Belastung (Perkins et al. 2013). Das Risiko war bei Angehörigen, die sich belastet fühlten, im Vergleich zu nicht belasteten Angehörigen um 63 % erhöht (Schulz und Beach 1999).

### Art des Umgangs mit der pflegebedürftigen Person

Problematische Verhaltensweisen („abusive behavior“) des pflegenden Angehörigen gegenüber der pflegebedürftigen Person, angefangen bei Vernachlässigung über verbale Aggressivität bis hin zu körperlicher Gewalt, treten bei zunehmender subjektiver Belastung des pflegenden Angehörigen häufiger auf (Grafström et al. 1993; Hansberry et al. 2005). Dabei ist verbale Aggressivität wohl die häufigste Form (Cooney et al. 2006). Bei der Pflege eines Menschen mit Demenz besteht ein höheres Risiko für „abusive behavior“, vor allem bedingt durch auffällige Verhaltensweisen (Hansberry et al. 2005).

### Einfluss auf den Heimübertritt

Kurasawa et al. (2012) zeigten auf, dass bei der Pflege eines Menschen mit Demenz, der Verhaltensauffälligkeiten zeigt, im Vergleich zu rein körperlichen Ursachen der Pflegebedürftigkeit die subjektive Belastung und damit die Häufigkeit des Heimübertritts ansteigt. Betrachtet man nur pflegende Angehörige, die einen Menschen mit Demenz betreuen, dann sind die Ergebnisse weltweit übereinstimmend (Hirono et al. 2002; Nobili et al. 2004; Yaffe et al. 2002): Eine hohe subjektive Belastung ist von allen Merkmalen des pflegenden Angehörigen der bedeutendste Faktor, der den Heimübertritt beeinflusst.

Alle diese gravierenden Auswirkungen der subjektiven Belastung sind mit einem hohen Evidenzgrad nachgewiesen worden und begründen die Notwendigkeit, alles zu versuchen, um pflegende Angehörige zu entlasten.

## 11.3 Entlastungsangebote für pflegende Angehörige und Erfahrungen in Deutschland

Um die physische und psychische Gesundheit pflegender Angehöriger zu stärken, die Lebensqualität der Menschen mit Pflegebedarf zu erhöhen und die häusliche Versorgung zu unterstützen, sind in Deutschland eine Reihe an Entlastungsangeboten vorhanden, denen eine hohe pflegestabilisierende Bedeutung zukommt.

Diese werden zunächst im folgenden Abschnitt 11.3.1 überblicksartig beschrieben und ihre Wirksamkeit dann im Abschnitt 11.3.2 anhand von Erfahrungswerten und – sofern vorhanden – von Studienergebnissen dargestellt.

### 11.3.1 Entlastungsangebote im Überblick

Entlastungsangebote sollten aus Sicht pflegender Angehöriger vier zentrale Bedürfnisse erfüllen: Information und Training, professionelle Unterstützung, effektive Kommunikation bzw. staatliche und finanzielle Unterstützung (Silva et al. 2013).

Die in Deutschland vorhandenen Entlastungsangebote setzen, wie Tabelle 11–4 zeigt, auf verschiedenen Ebenen an. Sie reichen von informationeller Unterstützung, wie zum Beispiel bei einem Pflegekurs, über emotionale und Bewertungsunterstützung (z. B. durch Angehörigengruppen) bis hin zu instrumenteller Unterstützung, die zu Hause (z. B. ambulanter Pflegedienst) oder außer Haus angeboten wird.

Tabelle 11–4

**Arten von Entlastungsangeboten**

Informationelle Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angehörigenberatung</li> <li>• Pflegekurs</li> <li>• Informationen durch den Arzt (und evtl. andere Berufsgruppen)</li> <li>• Pflegestützpunkt</li> </ul>
Emotionale und Bewertungsunterstützung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angehörigengruppe, -beratung</li> <li>• Unterstützung durch andere Familienmitglieder</li> <li>• Mit Hilfe durch soziales Netz</li> </ul>
Instrumentelle Unterstützung zu Hause	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulanter Pflegedienst</li> <li>• Hauswirtschaftliche Hilfe</li> <li>• Betreuungsdienst</li> <li>• 24-Stunden-Betreuung</li> </ul>
Instrumentelle Unterstützung außer Haus/ temporär	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuungsgruppe</li> <li>• Tagespflege</li> <li>• Kurzzeitpflege</li> </ul>
Instrumentelle Unterstützung außer Haus/ dauerhaft	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreutes Wohnen</li> <li>• Alternative Wohnformen</li> <li>• Pflegeheim</li> </ul>

Pflege-Report 2016

WlD0

11

Instrumentelle Unterstützung außer Haus ist entweder temporär (beispielsweise Tagespflege) oder dauerhaft (z. B. Betreutes Wohnen) angelegt.

Während manche Maßnahmen an der Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf direkt ansetzen (z. B. Förderung in der Tagespflege, Kurzzeitpflege), werden bei anderen Angeboten die pflegenden Angehörigen in den Fokus der Unterstützung gestellt (z. B. Angehörigenberatung, Angehörigengruppe). Durch wechselseitige Interaktionen profitieren aber sowohl die Angehörigen als auch die Menschen mit Pflegebedarf vom jeweiligen Angebot.

Nicht zu unterschätzen ist auch die Unterstützung, die pflegende Angehörige durch weitere Familienmitglieder, Freunde und Bekannter erhalten: Nicht nur leisten diese zusätzlichen informellen Helfer emotionale Entlastung und instrumentelle Unterstützung (s. Abbildung 11–1), sondern sie werden auch als zweitwichtigste Hilfe beim Zugang zu Entlastungsangeboten angesehen (Lamura et al. 2006).

### 11.3.2 Entlastungsangebote in Deutschland im Detail: Wirksamkeit und bisherige Erfahrungen

#### Informationelle Entlastungsangebote

Mit dem Begriff „informationelle Entlastungsangebote“ werden Angebote bezeichnet, die darauf abzielen, das Wissen der Pflegepersonen sowohl hinsichtlich der Erkrankung des zu pflegenden Menschen als auch über Pflegedienste, finanzielle

und rechtliche Möglichkeiten zu erweitern. Dieser Bereich wird von pflegenden Angehörigen in Deutschland relativ häufig (16 %) nachgefragt (Lamura et al. 2006). Neben den Angehörigenberatungsstellen sind in diesem Bereich auch die Wissensvermittlung durch Ärzte und Pflegekurse einzuordnen.

In einer **Angehörigenberatungsstelle** wird die Situation des pflegenden Angehörigen ausführlich besprochen, wobei praktische Ratschläge und konkrete Hilfeangebote gegeben werden (insbes. pflegerische und finanzielle Hilfen, rechtliche Fragen, weitere Entlastungsangebote). Gleichzeitig werden vorhandene Ressourcen ermittelt. Viele Angehörige und die zu betreuenden Personen sehen aus Unkenntnis darüber, dass es zahlreiche Entlastungsmöglichkeiten gibt, die mit den Mitteln der Pflegeversicherung unterstützt werden, für sich wenig Beratungsbedarf. Somit ergibt sich das Ziel, im Rahmen von präventiven Angeboten den Interessierten entsprechende Kenntnisse und Leistungen zu vermitteln (Günther und Högermann 2006). Die unverbindliche Beratung kann sowohl persönlich als auch telefonisch oder über das Internet erfolgen.

Professionelle Pflegefachkräfte bieten in **Pflegekursen** pflegenden Angehörigen Informationen und Anleitungen zur Pflege an, die diese befähigen sollen, pflegerische Maßnahmen durchzuführen, und vermitteln, wie mit krankheitsspezifischen Symptomen besser umgegangen werden kann. Die Pflegeversicherung bietet diese nach § 45 SGB XI unentgeltlich an. In einer Metaanalyse von Pinquart und Sörensen (2006) erwiesen sich Pflegekurse bei Angehörigen von Menschen mit Demenz im Sinne einer Symptomreduktion bei pflegenden Angehörigen als wirksam. Problematisch ist hingegen die geringe Inanspruchnahme in Deutschland von 2 % (Lamura et al. 2006). Um diese Rate zu erhöhen, scheint es neben der Informationsvermittlung über ein solches Angebot von besonderer Wichtigkeit zu sein, pflegende Angehörige von den Vorteilen eines Pflegekurses zu überzeugen und den Fokus auf praxisnahe Hilfen und krankheitsspezifische Informationsvermittlung zu setzen (Donath et al. 2009).

In einer metaanalytischen Betrachtung von psychoedukativen Interventionen zeigte sich, dass diese die Kenntnisse der informell Pflegenden erhöhen. Um allerdings breitere Effekte zu erzielen (etwa Reduktion von Belastungserleben bzw. Steigerung des Wohlbefindens), ist es essentiell, den betreuenden Angehörigen nicht nur Informationen zu vermitteln, sondern sie auch aktiv, z. B. durch Rollenspiele, mit einzubinden (Pinquart und Sörensen 2006).

Als Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft sind Pflegestützpunkte zu nennen, die als Schnittstelle für Beratung, Organisation der Pflege und Informationsvermittlung fungieren. Im Sinne des Case Managements können so individuelle Hilfepläne erstellt werden. Die Pflegestützpunkte sind für eine wohnortnahe Beratung flächendeckend auszubauen, außerdem sollten die Versorgungspfade effektiver zusammenlaufen und vernetzt werden (Michell-Auli 2011).

### **Emotionale und Bewertungsunterstützung**

Angehörigenberatung kann neben dem informationellen Beitrag auch eine emotionale und Bewertungsunterstützung bieten. Letzteres bedeutet, bestimmte Vorstellungen und Bewertungen, z. B. was richtig oder falsch ist, zu verstärken. In diesem Bereich leisten **Angehörigengruppen** einen wichtigen Beitrag. Angehörigengruppen können durch den Erfahrungsaustausch nicht nur Wissen über spezielle Erkran-

kungen oder unterschiedliche Hilfeangebote und Leistungen vermitteln, sondern auch emotionale Entlastung schaffen: Gefühle wie Schuld, Scham, Überforderung aussprechen zu dürfen; Bestätigung und Anerkennung der eigenen Lage zu bekommen; Solidarität zu erfahren. Auch ein Modelllernen anhand der Erfahrungen anderer Gruppenteilnehmer ist ein Kernelement des Wirkens von Angehörigengruppen. Es besteht jedoch auch die Gefahr, dass die Konfrontation mit Verläufen, Verschlechterungen und herausfordernden Verhaltensweisen negative Emotionen wie Angst, Trauer und Hoffnungslosigkeit auslöst und als psychisch belastend erlebt wird (Breternitz 2013). Dies aufzufangen ist eine Aufgabe der professionellen Gruppenmoderation bei angeleiteten Angehörigengruppen.

### Instrumentelle Unterstützung zuhause

Praktische Entlastung bei Aufgaben, die im Zusammenhang mit häuslicher Pflege stehen, wird in Deutschland vorrangig durch ambulante Pflegedienste geleistet. Zum Jahresende 2013 nutzten etwa 33% der Menschen mit Pflegebedarf diese Unterstützung. Damit hat die Bedeutung ambulanter Dienste für die häusliche Versorgung im Vergleich zu 2011 durch einen Anstieg der Inanspruchnahme von 7% weiter zugenommen (Statistisches Bundesamt 2013). Rein quantitativ schätzen Schneekloth und Wahl (2005) die ambulante Pflegeinfrastruktur in Deutschland als ausreichend ein. Die ambulante Pflege in Deutschland steht hingegen vor vier strukturellen Problembereichen, wie die Ergebnisse einer Befragung ambulanter Pflegedienstleiter aus Deutschland zeigen (Büscher und Horn 2010): Zum einen müssen sie sich dem Spannungsfeld zwischen wirtschaftlicher Leistungserbringung und Bedarfs- und Nutzenorientierung stellen, zum anderen sind sie mit einer angespannten Personalsituation konfrontiert, in der es darum geht, ausreichend qualifiziertes Personal stellen zu können. Weitere Problembereiche betreffen die Strukturen und das Spektrum der Leistungserbringung sowie die Positionierung zu Anbietern häuslicher Hilfskräfte aus Osteuropa und dem Wunsch eines Teils der pflegenden Angehörigen nach einer häuslichen Rund-um-die-Uhr-Versorgung. Trotz dieser strukturellen Probleme der Dienstleister besteht die Prämisse, eine ambulante Pflegeversorgung in Deutschland so anzubieten, dass spezielle Bedürfnisse und Problemlagen der Klienten berücksichtigt werden.

Führungskräfte diakonischer Pflegedienste gaben in einer aktuellen Befragung den Anteil osteuropäischer Haushaltshilfen, gemessen an ihrem Gesamtklientel, mit bis zu 10% an (Haberstumpf-Münchow 2014). Nur 16% der befragten ambulanten Dienste verfügten über ein **24-Stunden-Betreuungsprogramm** oder planten dies zum Befragungszeitpunkt. Die Befragten schätzten das Angebot einer 24-Stunden-Betreuung als sinnvolle Ergänzung des pflegerischen Angebots ein und waren der Meinung, dass es trotz des wahrgenommenen wirtschaftlichen Konkurrenzkampfs einen Verbleib der Kunden im ambulanten System unterstützt. Problematisch scheinen die fehlenden Qualitätsstandards in der Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch „Haushaltshilfskräfte“ zu sein. Die tatsächlichen Pflegekenntnisse und -erfahrungen sind mehrheitlich auf einem niedrigen Niveau. Neben Maßnahmen zur Kompetenzerweiterung und Qualifizierung bedarf es aber auch klar begrenzter Arbeitszeiten, selbstbestimmter Freizeit und geschützter Privatsphäre für die Haushaltshilfskräfte.

Einen wesentlichen Beitrag in diesem Bereich bieten zudem **hauswirtschaftliche Hilfen** auf Stundenbasis und **Betreuungsdienste**, welche die stundenweise so-

ziale Betreuung – im Unterschied zu Pflegeleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst – zu Hause durch geschulte, oft ehrenamtliche Mitarbeiter gewährleisten. Auch **technische Hilfen**, wie z. B. intelligentes Licht, können zum Erhalt von Autonomie und Lebensqualität beitragen, die Sicherheit des Menschen mit Pflegebedarf erhöhen (Mollenkopf 2007) und somit auch zur Entlastung pflegender Angehöriger beitragen. Die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft hat hierzu einen Überblick erstellt (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2012).

### **Instrumentelle Unterstützung außer Haus in zeitlich begrenztem Umfang**

Zu den drei wesentlichen instrumentellen temporären Entlastungsangeboten, die sich primär an die Personen mit Pflegebedarf richten, zählen Betreuungsgruppen sowie die Tages- und Kurzzeitpflege.

In **Betreuungsgruppen** werden pflegebedürftige Personen stundenweise außer Haus betreut. In einer deskriptiven Beobachtungsstudie einer Betreuungsgruppe in einer Kleinstadt in Nordrhein-Westfalen zeigte sich der Wert dieses Angebots insbesondere dadurch, dass Freizeitaktivitäten angeboten und die Menschen mit Pflegebedarf durch Interaktion mit anderen angeregt werden. Durch Betreuungsgruppen scheinen die Bedürfnisse nach Zugehörigkeit, Autonomie und Identität gestärkt zu werden (Hochgraeber 2013).

In **Tagespflege-Einrichtungen** werden pflegebedürftige Personen, die grundsätzlich zu Hause leben, tagsüber an bestimmten Tagen in der Woche betreut. Der Begriff „Tagespflege“ ist eigentlich unzutreffend, da hier das primäre Ziel nicht auf Pflegetätigkeiten ausgerichtet ist. Es handelt sich eher um eine Tageseinrichtung für Senioren. Im Herbst 2014 startete an 34 Tageseinrichtungen für Senioren die deutschlandweite Studie „DeTaMAKS“, geleitet vom Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Erlangen. Dabei wird erprobt, welchen Zusatznutzen eine gezielte nicht-medikamentöse Förderung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder leichter bis mittelschwerer Demenz besitzt. Ziele des Projekts sind der Erhalt der alltagspraktischen und kognitiven Fähigkeiten der Gäste, die Förderung des sozialen Verhaltens, die Erleichterung der häuslichen Pflegesituation für die pflegenden Angehörigen sowie die Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Beruf. Als erstes Zwischenfazit der Studie ist zu konstatieren, dass Tageseinrichtungen für Senioren ein idealer Ort sind, um Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen aktiv in der Gruppe zu fördern. Sie können jedoch nur entlastend für pflegende Angehörige wirken, wenn Wohnortnähe und Erreichbarkeit gewährleistet sind (Schneekloth 2005).

Die **Kurzzeitpflege** nach § 42 SGB XI besteht in der temporären Betreuung des pflegebedürftigen Menschen in einer vollstationären Einrichtung. Neben pflegerischen und rehabilitativen Maßnahmen ist die Beratung, Vermittlung und Koordination von Hilfemaßnahmen ein zentraler Bestandteil dieses Angebots. Als notwendig erachten Experten das Vorliegen eines individuellen Behandlungsplans, der es ermöglichen soll, günstig auf den weiteren Verlauf der Erkrankung einzuwirken (Winter 2003). In der Realität wird dieses Ideal jedoch selten erreicht. In etwa der Hälfte der Fälle wird das Versorgungsangebot als Urlaubspflege genutzt, deren Bedarf bei langfristiger Anmeldung gedeckt zu scheint. Problematisch ist hingegen die kurzfristige, flexible Verfügbarkeit des Angebots beispielsweise im Krankheitsfall des pflegenden Angehörigen (Schneekloth 2005).

### Instrumentelle Unterstützung außer Haus auf Dauer

Die dauerhafte instrumentelle Unterstützung für pflegende Angehörige außer Haus wird in Deutschland vor allem mittels **Betreuten Wohnens** und der vollstationären Versorgung in Pflege- bzw. Seniorenheimen (Weyerer et al. 2006) gewährleistet. Betreute Wohnformen oder Wohngemeinschaften spielten bis vor zehn Jahren in Deutschland eine untergeordnete Rolle (Schneekloth 2005). In Zukunft werden alternative Wohnformen wie **ambulant betreute Wohn- bzw. Pflegegemeinschaften**, die das gemeinschaftliche Wohnen in den Mittelpunkt stellen, an Bedeutung gewinnen (Holst 2014).

## 11.4 Praktische Implikationen für die Stärkung und Weiterentwicklung der Angehörigenpflege

- a) In Deutschland beklagt etwa jeder fünfte pflegende Angehörige Defizite hinsichtlich entlastender Angebote (Schneekloth 2005).  
**Um die teilweise defizitäre Versorgungssituation zu verbessern, sollten (1) Angebote besser bekannt gemacht werden. (2) Dort wo Lücken existieren, sollte die regionale Verfügbarkeit der Angebote verbessert werden. (3) Um ein passgenaues Entlastungskonzept „aus einer Hand“ zu erhalten, ist der Ausbau von Case-Management-Angeboten wünschenswert, wie dies z. B. durch Pflegestützpunkte geleistet werden kann. (4) Die Finanzierungsmöglichkeiten der Entlastungsangebote sollten verbessert werden – insbesondere in den Fällen, in denen die Zuzahlungsmöglichkeiten der Familien eingeschränkt sind.**
- b) 60% aller zu Hause lebenden pflegebedürftigen Menschen werden ausschließlich durch private Pflege, also ohne professionelle Hilfe versorgt (Schneekloth 2005). Dies ist mit ein Grund dafür, dass sich je nach Pflegegrund zwischen 14% und 41% der pflegenden Angehörigen subjektiv stark bis sehr stark belastet fühlen.  
**Es sollten Strukturen und Maßnahmen gefördert werden, die die pflegenden Angehörigen motivieren, Entlastungsangebote anzunehmen.**
- c) In Deutschland sind 73% der pflegenden Angehörigen – und damit die überwiegende Mehrheit – Frauen.  
**Die häuslichen Pflegeengagements sollten so gestaltet werden, dass sich mehr Männer angesprochen fühlen, häusliche Pflegetätigkeiten zu übernehmen. Vor allem für diejenigen, die erwerbstätig sind, sollten die Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass Pflege- und Erwerbstätigkeit besser als bisher kompatibel sind.**
- d) Zu Beginn der Pflege geben 10% ihre Erwerbstätigkeit vollständig auf. In Deutschland sind 37% der pflegenden Angehörigen erwerbstätig – davon hat gut ein Drittel das Ausmaß der Erwerbstätigkeit zu Beginn der Pflege reduziert (Schneekloth 2005).

**Die Erwerbsbedingungen sollten so weiterentwickelt werden, dass für pflegende Angehörige, die vorübergehend den Umfang ihrer Erwerbstätigkeit einschränken oder diese zeitweise ganz aufgeben, keine längerfristigen Nachteile entstehen.**

- e) Pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund werden bisher von Beratungs- und Entlastungsangeboten kaum erreicht.  
**Es sollten niedrigschwellige kulturspezifische Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebote geschaffen oder ausgebaut werden, bei denen Sprachbarrieren abgebaut werden, indem sie mit interkulturell geschultem bzw. interkulturellem Personal ausgestattet sind.**
- f) Obwohl es im internationalen Vergleich bereits erfolgreiche Studien zu „telehealth tools“ gibt (Chi und Demiris 2015), fehlt es bisher in Deutschland weitgehend an derartigen Angeboten.  
**Das Spektrum der internetbasierten Unterstützungsangebote sollte in Deutschland ausgebaut werden, um vor allem auch pflegende Angehörige in ländlichen Regionen gut mit Beratungsangeboten versorgen zu können.**
- g) **Im Sinne einer „evidenzbasierten Versorgungsforschung“ (Gräbel et al. 2015) sollte das bisherige Defizit an qualitativ hochwertigen Studien zur Wirkung von Entlastungsangeboten in Deutschland abgebaut werden. Dies ist die Grundlage einer bedarfsgerechten, wirksamen Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen.**

## Literatur

- Baronet AM. The impact of family relations on caregivers' positive and negative appraisal of their caregiving activities. *Family Relations* 2003; 52 (2): 137–42. doi: 10.1111/j.1741-3729.2003.00137.x.
- Breternitz K. Raum und Zeit für Entlastung in der Angehörigengruppe. *Demenz* 2013; 16: 9–10.
- Bundesministerium für Gesundheit. Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung 2015. [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/Zahlen\\_und\\_Fakten\\_03-2015.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_03-2015.pdf) (13. August 2015).
- Büscher A, Horn A. Bestandsaufnahme zur Situation in der ambulanten Pflege. Ergebnisse einer Expertenbefragung. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld 2010. <https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-145.pdf>.
- Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med* 1997; 4 (1): 92–100.
- Chi NC, Demiris G. A systematic review of telehealth tools and interventions to support family caregivers. *J Telemed Telecare* 2015; 21 (1): 37–44. doi: 10.1177/1357633X14562734.
- Cohen CA, Colantonio A, Vernich L. Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17 (2): 184–8. doi: 10.1002/gps.561.
- Cooney C, Howard R, Lawlor B. Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: can we identify those most at risk? *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21 (6): 564–71. doi: 10.1002/gps.1525.
- Czekanowski P, Mnich E, McKee K, Öberg B, Prouskas C, Quattrini S. Main characteristics of the sample: Older care-receivers and their main family carers. In: Lamura G, Döhner H, Kofahl C.

- Family carers of older people in Europe – a six-country comparative study. Berlin: Lit 2008; 117–43.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Sicher und Selbstbestimmt. Technische Hilfen für Menschen mit Demenz. Praxisreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. (Vol. 13). Berlin 2012.
- Donath C, Luttenberger K, Gräbel E. Pflegekurs – Prädiktoren der Inanspruchnahme und Qualitätserwartungen aus Sicht pflegender Angehöriger eines Demenzpatienten. [Dementia caregiver skill training – predictors for utilisation and expected quality from the family caregiver's point of view]. *Gesundheitswesen* 2009; 71: 291–2. doi: 10.1055/s-0029-1192008.
- Gobin J. Valid instruments to measure subjective caregiver burden in dementia: a systematic review (Master). Erlangen: Friedrich-Alexander-Universität 2015.
- Graessel E, Berth H, Lichte T, Grau H. Subjective caregiver burden: validity of the 10-item short version of the Burden Scale for Family Caregivers BSFC-s. *BMC Geriatrics* 2014; 14 (23): 1–9. doi: 10.1186/1471-2318-14-23.
- Grafström M, Nordberg A, Winblad B. Abuse in the eye of the beholder. Report by family members about abuse of demented persons in home care. A total population-based study. *Scand J Soc Med* 1993; 21 (4): 247–55. doi: 10.1177/140349489302100404.
- Gräbel E. Körperbeschwerden und subjektive Belastung bei pflegenden Angehörigen. [Physical signs and subjective stress in carer relatives]. *Dtsch Med Wochenschr* 1994; 119 (14): 501–6. doi: 10.1055/s-2008-1058722.
- Gräbel E. Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. [Home care of demented and non-demented patients. II: Health and burden of caregivers]. *Z Gerontol Geriatr* 1998a; 31 (1): 57–62. doi: 10.1007/s003910050019.
- Gräbel E. Häusliche-Pflege-Skala HPS zur Erfassung der subjektiven Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen (2. ed). Ebersberg: Vless 2001.
- Gräbel E. Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- oder Pflegebedarf im Alter (2. Aufl. ed.). Egelsbach, Frankfurt am Main, Washington: Hänsel-Hohenhausen 1998b.
- Gräbel E, Adabbo R. Perceived burden of informal caregivers of a cronically ill older family member. *Gero Psych* 2011; 24 (3): 143–54. doi: 10.1024/1662-9647/a000042.
- Gräbel E, Chiu T, Oliver R. Development and validation of the Burden Scale for Family Caregivers. *Comprehensive Rehabilitation and Mental Health Services* 2003; 1–24.
- Gräbel E, Donath C, Holleder A, Drexler H, Kornhuber J, Zobel A, Kolominsky-Rabas P. Versorgungsforschung – evidenzbasiert. Ein Kurzüberblick und Implikationen. [Evidence-based health services research – A short review and implications]. *Gesundheitswesen* 2015; 77: 193–9. doi: 10.1055/s-0034-1382042.
- Gräbel E, Leutbecher M. Häusliche Pflege-Skala HPS zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen. Ebersberg: Vless 1993.
- Grau H, Graessel E, Berth H. The subjective burden of informal caregivers of persons with dementia: extended validation of the German language version of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC). *Aging Ment Health* 2015; 19 (2): 159–68. doi: 10.1080/13607863.2014.920296.
- Günther A, Högermann I. Schulung und Beratung als Serviceangebote der Pflegekasse. *Pflegen Ambulant* 2006; 17 (6): 22–3.
- Haberstumpf-Münchow C. Der Einsatz ost-europäischer Haushaltshilfen in Haushalten pflegebedürftiger Personen. *Z Gerontol Ethik* 2014; 2: 28–38.
- Hansberry MR, Chen E, Gorbien MJ. Dementia and elder abuse. *Clin Geriatr Med* 2005; 21 (2): 315–32. doi: 10.1016/j.cger.2004.10.002.
- Hirono N, Tsukamoto N, Inoue M, Moriwaki Y, Mori E. Predictors of long-term institutionalization in patients with Alzheimer's disease: role of caregiver burden. No to Shinkei. *Brain and Nerve* 2002; 54 (9): 812–8.
- Hochgraeber I. Verhalten und Wohlbefinden von Menschen mit Demenz in einer Betreuungsgruppe. *Pflegezeitschrift* 2013; 7: 408–13.
- Holst A. Sicher, orientiert und vertraut. *Häusliche Pflege* 2014; 23 (6): 42–6.
- Kurasawa S, Yoshimasu K, Washio M, Fukumoto J, Takemura S, Yokoi K, Arai Y, Miyashita K. Factors influencing caregivers' burden among family caregivers and institutionalization of in-home

- elderly people cared for by family caregivers. *Environ Health Prev Med* 2012; 17 (6): 474–83. doi: 10.1007/s12199-012-0276-8.
- Lamura G, Mnich E, Wojszel B, Nolan M, Krevers B, Mestheneos L, Döhner H. Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen: Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE. [The experience of family carers of older people in the use of support services in Europe: selected findings from the EUROFAMCARE project]. *Z Gerontol Geriatr* 2006; 39 (6): 429–42. doi: 10.1007/s00391-006-0416-0.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer 1984.
- Liew TM, Luo N, Ng WY, Chionh HL, Goh J. Predicting gains in dementia caregiving. *Dem Geriatr Cogn Disord* 2010; 29: 115–22. doi: 10.1159/000275569.
- Michell-Auli P. Was leisten Pflegestützpunkte? Ergebnisse des Bundesmodellprojektes „Werkstatt Pflegestützpunkte“. *Pro Alter* 2011; 1: 28–34.
- Mollenkopf H. Technik hilft Pflegen. Möglichkeiten technischer Unterstützung. *pflegen: Demenz* 2007; 4: 7–10.
- Neubauer S, Holle R, Großfeld-Schmitz M, Gräbel E. Measurement of informal care time in a study of patients with dementia. *Int Psychogeriatr* 2008; 20 (6): 1160–76. doi: 10.1017/S1041610208007564.
- Nobili A, Riva E, Tettamanti M, Lucca U, Liscio M, Petrucci B, Porro G. The effect of a structured intervention on caregivers of patients with dementia and problem behaviors – A randomized controlled pilot study. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2004; 18 (2): 75–82.
- O’Reilly D, Connolly S, Rosato M, Patterson C. Is caring associated with an increased risk of mortality? A longitudinal study. *Soc Sci Med* 2008; 67 (8): 1282–90. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.06.025.
- Perkins M, Howard VJ, Wadley VG, Crowe M, Safford MM, Haley WE, Howard G, Roth DL. Caregiving strain and all-cause mortality: Evidence from the REGARDS study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2013; 68 (4): 504–12. doi: 10.1093/geronb/gbs084.
- Pinquant M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging* 2003; 18 (2): 250–67. doi: 10.1037/0882-7974.18.2.250.
- Pinquant M, Sörensen S. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr* 2006; 18 (4): 577–95. doi: 10.1017/S1041610206003462.
- Pinquant M, Sörensen S. Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007; 62b (2): 126–37.
- Roth DL, Fredman L, Haley WE. Informal caregiving and its impact on health: A reappraisal from population-based studies. *Gerontologist* 2015; 55 (2): 309–19. doi: 10.1093/geront/gnu177.
- Roth DL, Haley WE, Hovater M, Perkins M, Wadley VG, Judd S. Family caregiving and all-cause mortality: Findings from a population-based propensity-matched analysis. *Am J Epidemiol* 2013; 178 (10): 1571–8. doi: 10.1093/aje/kwt225.
- Schneekloth U. Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In Schneekloth, Wahl HW. *Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten*. Stuttgart: Kohlhammer 2005; 57–102.
- Schneekloth U, Wahl HW. *Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bonn 2005. <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/mug/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument.property=pdf,bereich=mug,sprache=de,rwb=true.pdf> (12. Juli 2015).
- Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA* 1999; 282 (23): 2215–9. doi: DOI:10.1001/jama.282.23.2215.
- Silva AL, Teixeira HJ, Teixeira MJ, Freitas S. The needs of informal caregivers of elderly people living at home: An integrative review. *Scand J Caring Sci* 2013; 27 (4): 792–803. doi: 10.1111/scs.12019.
- Statistisches Bundesamt. *Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. [http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/News/2015/PflegeDeutschlandergebnisse\\_2013.pdf](http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/News/2015/PflegeDeutschlandergebnisse_2013.pdf) (31. Juli 2015).

- Ulusoy N, Graessel E. Subjective burdens of family caregivers of Turkish origin residing in Germany: Validation of the Turkish version of the Burden Scale for Family Caregivers. *Z Gerontol Geriatr*, eingereicht.
- Weyerer S, Schäufele M, Hendlmeier I, Kofahl C, Sattel H. *Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen*. Stuttgart: Kohlhammer 2006.
- Winter U. Zwischen Krankenhaus und zu Hause. *Altenheim* 2003; 42 (3): 34–7.
- Yaffe K, Fox P, Newcomer R, Sands L, Lindquist K, Dane K, Covinsky K. Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *JAMA* 2002; 287 (16): 2090–7. doi: 10.1001/jama.287.16.2090.

This page intentionally left blank

# 12 Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege – eine Befragung pflegender Angehöriger

Antje Schwinger, Chrysanthi Tsiasioti und Jürgen Klauber

## Abstract

Pflegebedürftige werden heute überwiegend durch Angehörige und andere nahestehende Personen versorgt. Der Beitrag gibt einen detaillierten Überblick über die Pflegesituation und die damit einhergehende Belastung der pflegenden Angehörigen. Erhoben wurden Bekanntheitsgrad, Inanspruchnahme und Bewertung von Unterstützungsangeboten der Pflegeversicherung. Ziel war es, Gründe und Motivation insbesondere auch der Personen zu erfahren, die keine Leistungen der Pflegeversicherung nutzen. Ersichtlich wird, dass nur rund die Hälfte der Befragten Nicht-Nutzer angibt, tatsächlich auch keinen Bedarf hieran zu haben. Im Ergebnis liefert der Beitrag Hinweise zu den Gründen der Nicht-Inanspruchnahme. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf den Bedürfnissen der Gruppe der hoch Belasteten.

People in need of care are currently mostly cared for by family members and other related parties. The article gives a detailed overview of the situation in home care and the burdens of the carers in Germany. It includes data on the level of awareness, utilisation and evaluation of support services paid for by nursing care insurance. The aim was to find out the reasons and motivation of persons who do not use nursing care insurance benefits. It is apparent that only about 50 percent of non-users state that they actually have no need of these benefits. As a result, the article provides information on the reasons of non-use. A special focus is on the needs of the group of people highly stressed by home care work.

12

## 12.1 Einleitung

Pflegebedürftige werden heute überwiegend durch Angehörige und andere nahestehende Personen versorgt. Im Jahr 2013 waren es nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ca. 2 Millionen Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt und betreut wurden. Dies entspricht den Erwartungen der Bevölkerung, die in der Mehrheit davon ausgeht, dass im Falle der eigenen Pflegebedürftigkeit Partner und Kinder, aber auch Geschwister und andere Familienangehörige die Pflege übernehmen werden (GMS 2013; Zok 2015; COMPASS 2010). Dies geht einher mit dem Pflichtgefühl, auch selbst die Pflege von Angehörigen zu übernehmen. Rund die Hälfte der

heute pflegenden Angehörigen nennt dies als Motivation für die Übernahme der Pflege (Bestmann et al. 2014; COMPASS 2015).

Pflege­tätigkeit kann jedoch zu körperlichen sowie psychischen, emotionalen und sozialen Belastungen führen. Sowohl die Pflegedauer – in Jahren – als auch die Pflegeintensität – in Stunden pro Tag – können erheblich sein. Ob und in welchem Umfang sich dies in (subjektiv) empfundene Belastungen übersetzt, hängt u. a. ab von der Bewertung der Pflegesituation, den verfügbaren Ressourcen (z. B. in Form sozialer Unterstützung) und den gewählten Bewältigungsstrategien der Pflegeperson (Gräbel und Behrndt 2016, Kapitel 11 in diesem Band). Deutlich zeigt sich: Pflegenden Angehörige sind häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen und seelischen Belastungen betroffen. Sie leiden überdurchschnittlich an psychischen Störungen und Verhaltensstörungen sowie an Erkrankungen des Muskel-Skelett Systems (DAK Gesundheit 2015; Wetzstein et al. 2015). Ein weiteres Problem ist die aufgrund der zeitlichen Verpflichtung entstehende gesellschaftliche Isolation der Pflegenden (Meyer 2006). Das Ausmaß der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen wirkt sich auch auf die zukünftige Pflegesituation aus. Dies betrifft ggf. problematische Verhaltensweisen gegenüber dem zu Pflegenden ( Vernachlässigung, körperliche Gewalt) oder aber beeinflusst auch den Zeitpunkt des Heimübertritts (Gräbel und Behrndt 2016).

Gleichzeitig steht den pflegenden Angehörigen eine Vielzahl an Unterstützungsangeboten zur Verfügung. Ziel der gesetzlichen Pflegeversicherung ist es, Angehörige und das weitere soziale Netzwerk zu unterstützen und damit einen möglichst langen Verbleib der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Reformen der letzten Jahre haben u. a. Angebote an (niedrigschwelligen) Betreuungsleistungen eingeführt bzw. weiter verbessert, die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten wie z. B. der Tages- und Nachtpflege und der Verhinderungs- und Kurzeitpflege weiter flexibilisiert und zeitlich ausgeweitet, sowie darüber hinaus die individuelle Pflegeberatung weiter gestärkt.

Auffällig ist jedoch, dass alle durch die Pflegeversicherung zur Verfügung gestellten Angebote nur durch eine Minderheit der Anspruchsberechtigten genutzt werden. Abrechnungsdaten der Pflegeversicherung zeigen, dass zu einem Zeitpunkt lediglich 23 % aller Pflegebedürftigen – bzw. 31 % der in der eigenen Häuslichkeit Versorgten – einen Pflegedienst in Anspruch nehmen. Eine Tages- und Nachtpflege nutzen im Laufe eines Jahres 4 %, Kurzeitpflege 12 % und Verhinderungspflege 24 % aller ambulant Pflegebedürftigen (Schwinger et al. 2016).

Offen ist jedoch, wie dies zu interpretieren ist: Werden die Angebote auch nur von einer Minderheit gebraucht oder gehen sie am Bedarf der Betroffenen vorbei? Genau dies ist der weitergehende Untersuchungsgegenstand der hier vorgelegten Befragung. Ziel war es, Gründe und Motivation der Personen zu erfahren, die diese Leistungen nicht nutzen. Im Fokus der Studie standen Hauptpflegepersonen mit hoher subjektiver Belastung. Gemessen wurde diese anhand der Kurzversion der Häuslichen-Pflege-Skala (HPS-k) (Gräbel et al. 2014; Gräbel und Behrndt 2016).

Die für diesen Zweck durchgeführte telefonische Befragung (CATI) erfolgte im Zeitraum von Mitte September bis Mitte Oktober 2015 durch das Marktforschungsinstitut GfK. Rund 1 000 Hauptpflegepersonen wurden befragt, die eine Person pflegen oder betreuen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält und zu Hause versorgt wird. Jedoch muss die pflegebedürftige Person nicht im selben

Haushalt wie die Befragten leben und auch andere Personen können in die Pflege mit eingebunden sein. Die Stichprobe wurde über die Merkmale Pflegestufe und Demenz der Gepflegten quotiert und ist in diesem Sinne repräsentativ.<sup>1</sup> Der anonymisierte Datensatz wurde für die weiteren Analysen mit der Statistiksoftware „SPSS Statistics 21“ ausgewertet.

## 12.2 Übersicht zur Pflegesituation

### Soziodemografie und Pflegesituation

Die befragten Hauptpflegepersonen sind im Durchschnitt 54 Jahre alt und überwiegend Frauen (74,0%) (Tabelle 12–1). Knapp drei Fünftel der Befragten (59,4%) pflegen eine Person mit der Pflegestufe I. Von einer eingeschränkten Alltagskompetenz sind rund 40% der Pflegebedürftigen betroffen. Dies sind Personen, die aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen dauerhaft so eingeschränkt sind, dass sie zusätzlich zu dem somatisch orientierten Hilfebedarf, der sich in der Pflegestufe ausdrückt, einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf aufweisen. Der Großteil der pflegebedürftigen Personen (84,0%) sind enge Verwandte. 58% pflegen einen eigenen Elternteil oder ein Elternteil des Ehepartners. 71% der Befragten haben angegeben, dass weitere Personen in die Pflege eingebunden sind und 61%, dass sie zusammen mit der zu pflegenden Person in einem gemeinsamen Haushalt leben (Tabelle 12–1).

Die bisherige Dauer und der tägliche zeitliche Rahmen der durch die Befragten übernommenen Pflege sind zum Teil erheblich. 37% der Befragten pflegen zwischen ein und drei Jahren und 17% mindestens seit fünf Jahren. In anderen Studien (COMPASS 2015; Bestmann et al. 2014) liegt letzterer Anteil bei 14 bzw. 24%. Knapp jede fünfte Hauptpflegeperson (19,7%) ist am Tag mindestens sieben Stunden mit der Pflege oder Betreuung eines Angehörigen beschäftigt. Die meisten Befragten (45,5%) pflegen zwischen einer und drei Stunden am Tag, jedoch beträgt der durchschnittliche tägliche Aufwand ca. sechs Stunden. Eine andere Analyse

1 Für die Grundgesamtheit der „Angehörigen“ von Personen, die in Deutschland Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, sind die Verteilungen einzelner Merkmale, wie zum Beispiel die Alters-, Geschlechts- und Erwerbstätigkeitsverteilung, nur eingeschränkt bekannt. Zwar enthält das Sozio-ökonomische Panel (SOEP) als repräsentative Wiederholungsbefragung von privaten Haushalten in Deutschland Hinweise zu geleisteter Pflege, jedoch wird die Pflegeetätigkeit über die Frage erhoben: „Wie viele Stunden pro Tag entfallen bei Ihnen an einem durchschnittlichen Werktag auf die folgenden Tätigkeiten – Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Personen?“ Ob dies für eine Person erfolgt, die von der Pflegeversicherung Leistungen erhält, ist nicht erfasst, jedoch ist jegliche Pflegeetätigkeit eines pflegenden Angehörigen berücksichtigt. Aus diesem Grund wurde für die Ziehung der Stichprobengesamtheit nicht diese Alters- und Geschlechtsverteilung der Pflegenden herangezogen, sondern hilfsweise ein Quotenplan eingesetzt, der die Pflegebedürftigen – bezogen auf die Verteilung nach Pflegestufen und dem Vorliegen einer eingeschränkten Alltagskompetenz – repräsentativ widerspiegelt. Im Vergleich mit dem SOEP bestehen Alters- und Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der pflegenden Angehörigen. Im SOEP sind zwei Drittel der Pflegenden weiblich, in der vorliegenden Befragung ist der Frauenanteil größer und der Anteil derer, die im erwerbsfähigen Alter sind, ist mit 83% höher als der im SOEP (Angaben zum SOEP aus Rothgang et al. 2015).

Tabelle 12–1

**Übersicht zur Pflegesituation**

<b>Hauptpflegeperson (N=1 000)</b>		<b>Relative Häufigkeit (in %)</b>
Alter	17–49	33,1
	50–65	49,9
	66+	17,0
	Mittelwert	54,3
Geschlecht	männlich	26,0
	weiblich	74,0
<b>Pflegebedürftiger (N=1 000)</b>		
Alter	0–19	0,5
	20–59	8,0
	60–69	15,2
	70–79	39,9
	80–89	32,0
	90+	4,4
	Mittelwert	74,9
Geschlecht	männlich	50,5
	weiblich	49,5
Pfleigestufe	Pfleigestufe 0	5,1
	Pfleigestufe I	59,4
	Pfleigestufe II	27,4
	Pfleigestufe III	8,1
Demenz	ja	40,3
	nein	59,7
Hauptpflegeperson und Pflegebedürftiger leben im selben Haushalt (N=1 000)		60,7
Weitere (Neben-)Pflegepersonen sind in die Pflege eingebunden (N=1 000)		71,0

Pflege-Report 2016

WIdO

Tabelle 12–2

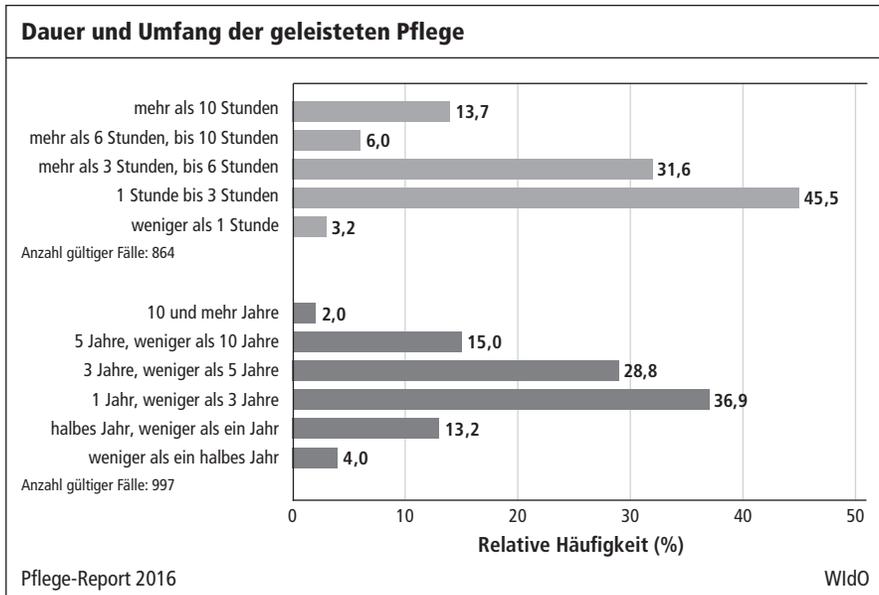
**Verwandtschaftsgrad von Hauptpflegeperson und Pflegebedürftigem**

<b>Hauptpflegeperson (N=992) pflegt ...</b>	<b>Insgesamt</b>	<b>Hauptpflegeperson männlich</b>	<b>Hauptpflegeperson weiblich</b>
Ehemann/-frau bzw. Lebenspartner/in	23,9	30,6	21,6
Vater/Mutter	37,6	32,2	39,5
Schwiegervater/Schwiegermutter	20,0	12,9	22,4
Sohn/Tochter	2,5	0,8	3,1
Sonstige Verwandte	11,6	16,9	9,8
Freund, Nachbar (kein verwandtschaftliches Verhältnis)	4,4	6,7	3,7

Pflege-Report 2016

WIdO

Abbildung 12–1



kommt auf einen vergleichbaren Anteil von 48% derjenigen, die zwischen einer und drei Stunden pflegen, jedoch fällt hier der Anteil an pflegenden Angehörigen, die durchschnittlich mehr als sechs Stunden pro Tag pflegen, mit 14% geringer aus (DAK Gesundheit 2015) (Abbildung 12–1).

### Pflege und Erwerbstätigkeit

In vielen Lebenssituationen ist die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf eine große Herausforderung, denn informelle Pflege wird meistens von Personen geleistet, die sich im erwerbsfähigen Alter befinden (Suhr und Naumann 2016; Au 2015). Neben den Studien Bestmann et al. 2014 und Schneekloth und Wahl 2007 zeigt dies auch die vorliegende Erhebung: Rund ein Drittel der Hauptpflegepersonen sind in Vollzeit (30,1%) tätig. Ein weiteres Drittel (32,5%) jeweils in Teilzeit oder stundenweise (Tabelle 12–3). Hiervon hat fast jeder zweite aufgrund der Übernahme der Pflege seine Arbeitszeit reduziert (49,8%). Von den Pflegepersonen, die zurzeit nicht erwerbstätig sind und früher erwerbstätig waren, haben fast 70% ihre Berufstätigkeit für die Übernahme der Pflege aufgegeben.

Die Entscheidung zur Reduktion der Arbeitszeit unterscheidet sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit. Unter den teilzeit- oder stundenweise erwerbstätigen Personen bzw. Auszubildenden ist der Anteil derer, die ihre Arbeitszeit aufgrund der Übernahme von Pflege reduziert haben, in der Pflegestufe II oder III größer als bei der Pflegestufe 0 oder I. Diese Ergebnisse decken sich auch mit denen aus der Studie von Bestmann et al. 2014. Auch haben Angehörige, die eine Person mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz pflegen und gleichzeitig in Teilzeit oder stundenweise erwerbstätig sind, ihre Arbeitszeit zu einem größeren Anteil

Tabelle 12-3  
**Erwerbstätigkeit der pflegenden Angehörigen**

Erwerbstätigkeit (N=997)	Anzahl	Relative Häufigkeit (in %)	Arbeitszeitreduktion oder Aufgabe (N=329) (in %)	Früher erwerbstätig (Aufgabe wegen der Pflege (N=123)) (in %)	Die gepflegte Person lebt im HH (N=997) (in %)		Geschlecht (N=997) (in %)	
					ja	nein	Männlich	Weiblich
Vollzeit	300	30,1	-	-	18,8	47,4	42,9	30,1
Teilzeit oder stundenweise erwerbstätig	324	32,5	49,8	-	30,2	36,0	21,6	32,5
Auszubildende(r)/Lehrling/Umschüler(in)	6	0,6	-	-	0,2	1,3	1,2	0,6
Zurzeit nicht erwerbstätig	367	36,8	-	33,9 (69,9)	50,7	15,3	34,4	36,8

Pflege-Report 2016

WIDO

pflegebedingt reduziert (59%). Im Vergleich dazu beträgt der Anteil in der Gruppe der Hauptpflegepersonen, die eine Person ohne eine demenziell bedingte Fähigkeitsstörung pflegen, hingegen nur 44%.

Weitere Unterschiede zeigt die geschlechtsdifferenzierte Betrachtung: Von den befragten weiblichen Hauptpflegepersonen sind 33% in Teilzeit oder stundenweise tätig, bei den Männern hingegen lediglich 22%. 34% aller männlichen und 37% aller weiblichen pflegenden Angehörigen sind nicht berufstätig (Tabelle 12–3).

Darüber hinaus zeigt sich auch ein Unterschied in der Verteilung der Erwerbstätigkeit, sobald man danach unterscheidet, ob der zu pflegende Angehörige innerhalb oder außerhalb des Pflegehaushaltes lebt. Lebt der Pflegebedürftige im selben Haushalt, dann ist die Hälfte der Hauptpflegepersonen (50,7%) zurzeit nicht erwerbstätig und nur noch 19% sind Vollzeitbeschäftigte. Im Vergleich dazu sind 15% nicht erwerbstätig und 47% vollzeiterwerbstätig, wenn der Pflegebedürftige außerhalb des eigenen Haushalts gepflegt bzw. betreut wird (Tabelle 12–3).

## 12.3 Belastung der Pflegepersonen

Die subjektive Belastung der befragten pflegenden Angehörigen wurde anhand der Kurzversion der Häuslichen-Pflege-Skala (HPS-k) gemessen. Die Belastung nach HPS-Score geht bei den hier Befragten einher mit einer schlechteren Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes.<sup>2</sup> Der HPS-Score erfasst in Form von zehn Fragen unter anderem, ob die Lebenszufriedenheit gelitten hat, ob die Befragten körperliche Erschöpfung oder eine angegriffene Gesundheit empfinden, ob Rollenkonflikte und der Wunsch aus der Situation auszubrechen bestehen oder ob eine soziale Isolierung eingetreten ist (Gräbel et al. 2014).<sup>3</sup>

Von den befragten Hauptpflegepersonen sind 18%<sup>4</sup> gemäß der HPS-k „hoch belastet“, 42% „mittel“ und 40% „niedrig“. Tabelle 12–4 verdeutlicht, dass die Belastung der pflegenden Angehörigen, die Demenzkranke betreuen, erwartungs-

2 Die niedrig Belasteten stufen ihren eigenen Gesundheitszustand häufiger als „eher gut“, „sehr gut“ (90,5%) ein als die hoch Belasteten (34%). Unter den Angehörigen mit einer mittleren pflegerischen Belastung geben fast 56% diese Antwort. Hoch und niedrig Belastete unterscheiden sich signifikant in der Beschreibung ihres Gesundheitszustandes. Somit bestätigt sich der dem HPS zugrunde liegende Zusammenhang zwischen subjektiver Belastung und körperlichen bzw. psychosomatischen Beschwerden des pflegenden Angehörigen (vgl. Gräbel und Behrend 2016).

3 Die Dauer der Pflege sollte für die Auswertung jedoch mindestens sechs Monate betragen. Die HPS-k setzt sich aus zehn Items zusammen und je nach Grad der Zustimmung stehen den Befragten folgende vier ordinalskalierte Antwortmöglichkeiten auf einer Likert-Skala zur Verfügung: „stimmt genau“, „stimmt überwiegend“, „stimmt wenig“, „stimmt nicht“ – von 3 bis 0. Die Auswertung kann entweder auf Item-Ebene oder auf Summenebene stattfinden. Bei der zweiten Auswertungsmethode werden die zehn Aussagen der HPS-k für jede Person mit Punkten bewertet und aufsummiert („niedrig“ = Summenwert: 0–9; „mittel“ = Summenwert: 10–20; „hoch“ = Summenwert: 21–30.) Siehe [http://www.psychiatrie.uk-erlangen.de/fileadmin/\\_migrated/content\\_uploads/BSFC-s\\_german\\_s.pdf](http://www.psychiatrie.uk-erlangen.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/BSFC-s_german_s.pdf) (30. November 2015) und [http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DE-GAM-S3-Leitlinien/LL-06\\_PA\\_Pflegeskala\\_001.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DE-GAM-S3-Leitlinien/LL-06_PA_Pflegeskala_001.pdf) (30. November 2015)

4 In die Analyse eingehen konnten 872 Personen, die alle Items der HPS-Scala beantwortet haben.

Tabelle 12–4

**Belastung der Hauptpflegepersonen nach Geschlecht, vorliegender Pflegebedürftigkeit (Demenz und Pflegestufe) und Erwerbstätigkeit**

Subjektive Belastung durch die häusliche Pflege (HPS-Score)		Relative Häufigkeit (in %)		
		hoch	mittel	niedrig
Gesamt (N=872)		17,8	42,2	40,0
Geschlecht (N=872)	männlich	18,3	37,1	44,5
	weiblich	17,6	44,0	38,4
Demenz (N=872)	ja	23,6	46,9	29,5
	nein	13,8	39,0	47,3
Pfleigestufe (N=872)	0	16,3	51,2	32,6
	I	14,3	37,4	48,3
	II	21,8	47,7	30,5
	III	29,7	52,7	17,6
Erwerbstätigkeit (N=870)	vollzeiterwerbstätig	13,5	37,6	49,0
	teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig	17,9	44,1	37,9
	zurzeit nicht erwerbstätig	21,3	45,0	33,7

Pflege-Report 2016

WldO

gemäß höher ausfällt. Entsprechendes gilt für die Pflegestufen: Je höher die Pflegestufe ist, desto größer ist auch der Anteil an hoch belasteten Angehörigen. So empfinden rund 14% der Befragten mit einem Pflegebedürftigen in der Pflegestufe I eine „hohe pflegerische Belastung“ im Vergleich zu 30%, falls der betreute Pflegebedürftige in der Pflegestufe III ist (Tabelle 12–4).

Etwas überraschend scheint auf den ersten Blick, dass vollzeitbeschäftigte Hauptpflegepersonen einen niedrigeren Belastungsscore aufweisen als die in Teilzeit und insbesondere auch als die nicht Erwerbstätigen. Unter den zurzeit nicht erwerbstätigen Pflegenden fühlen sich 21% hoch belastet, 45% mittel und nur ein Drittel niedrig. Bedacht werden muss jedoch, dass die meisten pflegenden Vollzeit-erwerbstätigen außerhalb des Haushalts des Pflegebedürftigen wohnen und ca. drei Viertel (75%) nur maximal drei Stunden pro Tag für die Pflege ihres Angehörigen aufwenden. Im Gegensatz hierzu beträgt unter den erwerbslosen Pflegenden der Anteil derer, die mehr als sieben Stunden pro Tag pflegen, 47%.

Um herauszufinden welche Faktoren die subjektive Belastung gemessen durch den HPS-k-Summenwert beeinflussen, wurde eine lineare Regression durchgeführt. Tabelle 12–5 fasst das Modell und die einhergehenden Regressionsergebnisse insbesondere Signifikanz, Stärke und Richtung der Effekte und die Erklärungskraft des Modells zusammen. Die Faktoren, die in das Modell aufgenommen wurden, sind in der zweiten Spalte der Tabelle 12–5 wiederzufinden und wurden in sechs inhaltliche Kategorien eingeteilt: Soziodemografie und Pflegesituation, Verwandtschaftsgrad, Bildung, Erwerbsstatus, Haushaltseinkommen und Nutzung der Angebote der Pflegeversicherung.

Vorweg sei festgestellt, dass das Regressionsmodell insgesamt nur 12,2% der Varianz der subjektiven Belastung erklärt. Wesentliche Erklärungsfaktoren, die im

Tabelle 12–5

**Einflussfaktoren der subjektiven Belastung**

		Der Einfluss auf die subjektive Belastung (HPS-k-Summenwert)			
		Koeffizienten	Standardabweichung	p-value	
		Konstante	10,11***	2,67	0,000
<b>1. Soziodemografie und Pflegesituation</b>	Alter Pflegender	-0,05	0,04	0,176	
	Alter Pflegebedürftiger	0,02	0,03	0,512	
Ref.: Mann	Frau	0,94	0,73	0,198	
	Pflegebedürftiger im HH	3,08***	0,73	0,000	
	Demenz	2,20***	0,68	0,001	
Ref.: Pflegestufe 1	Pflegestufe 0	1,28	1,51	0,395	
	Pflegestufe 2	0,63	0,71	0,380	
	Pflegestufe 3	3,26***	1,13	0,004	
	Stunden pro Tag Pflege	0,07	0,06	0,278	
Ref.: Pflegedauer < 3 Jahre	Andere Person hilft bei Pflege	-1,41**	0,69	0,041	
	Pflegedauer mindestens 3 Jahre	0,93	0,64	0,145	
<b>2. Bildung</b>	Kein Berufsabschluss	0,06	2,24	0,977	
Ref.: Lehre/Fachschule	Uni-Abschluss	-0,53	0,74	0,480	
	Sonstiger Abschluss	-12,10	7,68	0,115	
<b>3. Verwandtschaftsgrad</b>	Schwiegerelternteil	-0,23	1,08	0,833	
Ref.: Sonstige Pflegebedürftige	Elternteil	-0,32	1,03	0,752	
	Ehepartner	-1,54	1,35	0,255	
<b>4. Erwerbstätigkeit</b>	Vollzeit	-0,01	0,80	0,991	
Ref.: Teilzeit oder stundenweise erwerbstätig	Nicht Erwerbstätig	1,04	0,85	0,225	
<b>5. Haushaltseinkommen</b>	HH-Einkommen: < 2.000 €	1,55*	0,92	0,093	
Ref.: HH-Einkommen: ≥ 3.000 €	HH-Einkommen: 2.000 € bis < 3.000 €	0,38	0,70	0,593	
<b>6. Nutzung der Angebote der Pflegeversicherung</b>	Persönliche Beratung	-0,94	0,68	0,167	
	Ambulanter Pflegedienst	-0,28	0,69	0,684	
	Betreuung	-1,45*	0,79	0,069	
	Tagespflege	0,77	0,91	0,399	
	Verhinderungspflege	-0,12	0,89	0,891	
	Kurzzeitpflege	1,89**	0,83	0,023	
N				649	
R-Quadrat				15,9	
Korrigiertes R-Quadrat				12,2	

\* p&lt;0,10; \*\* p&lt;0,05; \*\*\* p&lt;0,01

Das Modell ist frei von Heterogenität; Autokorrelation und Multikollinearität.

Zusammenhang mit der subjektiven Belastung stehen, werden somit offensichtlich durch das Modell nicht erfasst.

Mit Bezug zur Pflegesituation zeigt sich folgendes: Hauptpflegepersonen, die mit der zu betreuten Person in einem Haushalt wohnen, empfinden eine um durchschnittlich 3,1 Punktwerte höhere subjektive Belastung. Weist die betreute Person Demenzerkrankungen auf, dann erhöht sich der HPS-k-Summenwert um durchschnittlich 2,2 Punkte. Hat der Pflegebedürftige die Pflegestufe III, dann erlebt der pflegende Angehörige eine um durchschnittlich 3,3 Punktwerte höhere subjektive Belastung als ein Angehöriger mit einem betreuten Pflegebedürftigen in der Pflegestufe I. Hilft eine andere Person den pflegenden Angehörigen bei der Pflege, dann ist seine subjektive Belastung um 1,4 Punktwerte niedriger als die eines allein Pflegenden. Die Länge der Pflegebedürftigkeit (gemessen am Parameter  $>3$  Jahre) sowie der tägliche Pflegeaufwand in Stunden haben keinen Einfluss auf den Belastungsscore (Tabelle 12–5).

Auch das Geschlecht, das Alter, die Bildung, der Verwandtschaftsgrad und die Erwerbstätigkeit haben keinen signifikanten Einfluss. Allein das Einkommen trägt zur weiteren Erklärung der Belastung bei. Beträgt das Haushaltseinkommen weniger als 2000 Euro pro Monat, dann empfindet der Pflegenden eine um 1,6 Punkte höhere subjektive Belastung, als Pflegenden, die über ein Haushaltseinkommen von mehr als 3000 Euro pro Monat verfügen.

Mit Bezug auf die Nutzung der Angebote der Pflegeversicherung zeigt sich folgendes: Ein signifikanter Zusammenhang zwischen subjektiver Belastung und Inanspruchnahme besteht im gewählten Modell allein bei „Betreuung“ und „Kurzzeitpflege“ (Tabelle 12–5). Laut Modell steht die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege z. B. in einem Zusammenhang mit höherer subjektiver Belastung. Dies ist sicherlich nicht dahingehend zu interpretieren, dass das Angebot im engeren Sinne die durch die pflegenden Angehörigen empfundene Belastung steigert. Vielmehr dient eine Kurzzeitpflege in der Regel dazu, in krisenhaften Zeiten – sei es nach einem Krankenhausaufenthalt oder aufgrund einer Erkrankung der Pflegeperson – die Pflege für einen kurzen Zeitraum außerhalb der eigenen Häuslichkeit zu überbrücken. Naheliegend ist, dass die empfundene Belastung mit der krisenhaften Umbruchsituation einhergeht und die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege diese als Surrogat erfasst. Gleiches gilt für die ausgewiesene – wenn auch im Modell nicht signifikante – höhere Belastung bei Inanspruchnahme von Tagespflege. Es ist zu vermuten, dass die Parameter Pflegestufe und Demenz die Schwere der Pflegebedürftigkeit z. B. hinsichtlich problematischen Verhaltens wie Unruhe, Aggressivität, Wahnvorstellungen etc. nicht differenziert genug erfassen. Die Inanspruchnahme von Tagespflege könnte auch hier als Surrogatparameter gelten. Dies wäre der Fall, wenn die Inanspruchnahme von Tagespflege mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Unruhe, Aggressivität, Wahnvorstellungen etc. einhergeht. Der Modellparameter würde dann die hiermit einhergehend (vermutet) höhere Belastung der Angehörigen miterklären. Dies verdeutlicht die Limitationen des Modells, das keine über die Pflegestufe und Demenz hinausgehende differenzierte Erfassung des Pflegebedarfs oder der allgemeinen Morbidität der Pflegebedürftigen enthält. Darüber hinaus fehlen im Modell Variablen, die die Bewältigungsstrategien der Angehörigen und/oder innerfamiliäre Rollenkonflikte, sowie die körperlichen Beschwerden erfassen.

## 12.4 Bewertung von Angeboten der Pflegeversicherung

### Überblick zur Inanspruchnahme und Bewertung

Schwerpunkt der Befragung war die Bewertung unterschiedlicher Angebote der Pflegeversicherung. Der Fokus lag auf den Leistungen der ambulanten Pflegedienste (§ 36 SGB XI sowie § 37 SGB V), Betreuungsangeboten (§§ 45c, 45d SGB XI bzw. § 125 SGB XI), der Tagespflege (§ 41 SGB XI) und der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (§ 39 SGB XI bzw. § 42 SGB XI). Darüber hinaus wurde auch erhoben, ob die Pflegepersonen bzw. die Personen, die sie betreuen, eine Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) genutzt haben (für eine kurze Erläuterung der jeweiligen Versorgungsformen siehe auch Schwinger et al. 2016 in diesem Band).

Tabelle 12–6 verdeutlicht: Die Leistungen sind einer Mehrheit bekannt, genutzt werden diese – ausgenommen die der ambulanten Pflegedienste – jedoch nur von einer Minderheit. Der ambulante Pflegedienst ist das bekannteste Angebot; 93 % gaben an, dies zu kennen. Genutzt wird dies von 64 % der Befragten.<sup>5</sup> Auf dem zweiten Platz an Bekanntheit liegt die Tagespflege mit 84 %, allerdings mit einem Nutzeranteil von nur 15 %<sup>6</sup>. Die Betreuungsangebote kennen 73 %, genutzt werden sie von 18 %. Von denen, die zurzeit eine Betreuung nutzen, findet diese in 67 % der Fälle bei der gepflegten Person zu Hause statt. Drei Viertel der Befragten (71,5 % und 77,5 %) kennen Verhinderung- bzw. Kurzzeitpflege, genutzt wurden diese von 16 % bzw. 20 %. Darüber hinaus wurde erfragt, ob der Pflegehaushalt durch die Einstellung einer persönlichen Pflegekraft eine Rund-um-die-Uhr-Pflege erhält (zur 24-Stunden-Pflege siehe auch Satola und Schywalski 2016, Kapitel 8 in diesem Band). 3 % der Befragten gaben an, dies zu tun (Tabelle 12–6). Hochgerechnet auf alle Pflegebedürftige ergäbe dies rund 60 000 solcher Pflegearrangements in Deutschland.

Tabelle 12–6 zeigt auch, inwieweit weitere Dienstleistungen durch die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen genutzt werden. Insgesamt nutzt die Mehrheit der Befragten (86,5 %) weitere Unterstützungsleistungen, davon 64 % „Hilfe im Haushalt“, 42 % das „Notrufsystem“ und 35 % nutzen „Essen auf Rädern“ zur Entlastung.

In der Gesamtschau sind die Befragten mit folgenden Angeboten, die sie nutzen, „sehr“ bzw. „eher zufrieden“: ambulanter Pflegedienst (91 %), Tagespflege (94 %), häusliche Verhinderungs-/Kurzzeitpflege (85 %)). Fast jeder zweite pflegende Angehörige (48,3 %) stuft die Betreuungsdienste als „eher wichtig“ bis „sehr wichtig“ ein. Jedoch gibt es auch kritische Einschätzungen: 4 % der Nutzer des ambulanten Pflegedienstes sind „eher unzufrieden“ bis „sehr unzufrieden“. Die kritischen Nut-

5 Zu erwarten wäre jedoch, dass ca. ein Drittel der Pflegebedürftigen den ambulanten Pflegedienst nutzen. Vermutlich ergibt sich hier diese Differenz wegen der Inanspruchnahme der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V).

6 Der hier errechnete Nutzeranteil von Tages- und Nachtpflege ist eindeutig zu hoch. Aus den Berechnungen auf Basis der GKV-standardisierten AOK-Routinedaten (Schwinger et al. 2016) geht hervor, dass der Nutzeranteil für das Jahr 2014 bei rund 4 % lag. Jedoch sind auch in den Studien von Bestmann et al. 2014 und DAK Gesundheit 2015 sehr hohe Nutzeranteile zu beobachten – 20 und 32 % Nutzeranteile von Tagespflege.

Tabelle 12–6

**Inanspruchnahme von Unterstützungs- und sonstigen Dienstleistungen**

Unterstützungsleistungen	Ist bekannt	Zurzeit genutzt
	in %	
Ambulanter Pflegedienst (N=999/N=1 000)	92,5	63,6 <sup>1</sup>
Betreuung (N=974/N=1 000)	72,7	17,6
Tagespflege (N=994/N=1 000)	83,9	15,1 <sup>2</sup>
24-Stunden-Pflege (N=986/N=1 000)	77,7	3,2
	Ist bekannt	Schon einmal genutzt
	in %	
Verhinderungspflege (N=988/N=1 000)	71,5	16,1
Kurzzeitpflege (N=986/N=1 000)	77,5	19,6
Sonstige Dienstleistungen	Mehrfachantworten Relative Häufigkeit (in %) (N=1 802)	Proz. Anteil der Fälle (N=865 von Gesamt=1 000)
Hilfe im Haushalt/Putzhilfen etc.	30,9	64,4
Essen auf Rädern	16,7	34,8
Hilfe beim Einkaufen	12,1	25,2
Notrufsystem	19,9	41,5
Fahrdienste	15,3	31,9
Sonstige	5,0	10,5

<sup>1</sup> Zu erwarten wäre jedoch, dass ca. ein Drittel der Pflegebedürftigen den ambulanten Pflegedienst nutzen. Vermutlich ergibt sich hier diese Differenz wegen der Inanspruchnahme der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V).

<sup>2</sup> Der hier errechnete Nutzeranteil von Tages- und Nachtpflege ist eindeutig zu hoch. Aus den Berechnungen auf Basis der GKV-standardisierten AOK-Routinedaten (Schwinger et al. 2016 in diesem Band) geht hervor, dass der Nutzeranteil für das Jahr 2014 bei 4% lag. Jedoch sind auch in den Studien von Bestmann et al. 2014 und DAK Gesundheit 2015 sehr hohe Nutzeranteile zu beobachten – 20 und 32 % Nutzeranteile von Tagespflege.

zer der häuslichen Verhinderungs-/Kurzzeitpflege kommen auf einen Anteil von 8%.

Ferner zeigt sich, dass die Mehrzahl (65%) der Befragten sich insgesamt bei der Bewältigung der Pflege „eher gut“ bis „sehr gut“ unterstützt fühlt. Rund jeder Achte (12,2%) gibt aber an, sich „eher nicht gut“ oder „überhaupt nicht gut“ unterstützt zu fühlen. Signifikante Unterschiede bestehen diesbezüglich zwischen der Gruppe der hoch und der niedrig Belasteten: 85% der niedrig Belasteten fühlen sich „eher gut“ oder „sehr gut“ unterstützt, allerdings empfinden dies nur 41% – somit noch nicht einmal die Hälfte – der hoch Belasteten. 32%, also fast ein Drittel der hoch Belasteten, fühlen sich „eher nicht gut“/„überhaupt nicht gut“ unterstützt (Abbildung 12–2).

**Bewertung von ambulanten Pflegediensten**

Die Befragten wurden im Weiteren um detaillierte Bewertungen der einzelnen Unterstützungsleistungen gebeten. Für den ambulanten Pflegedienst ergab sich das

Abbildung 12-2

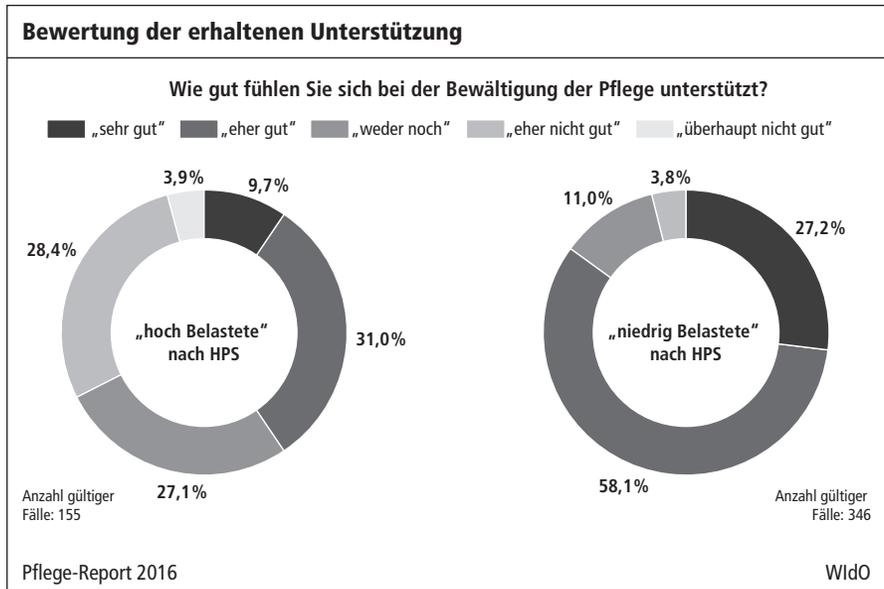


Abbildung 12-3

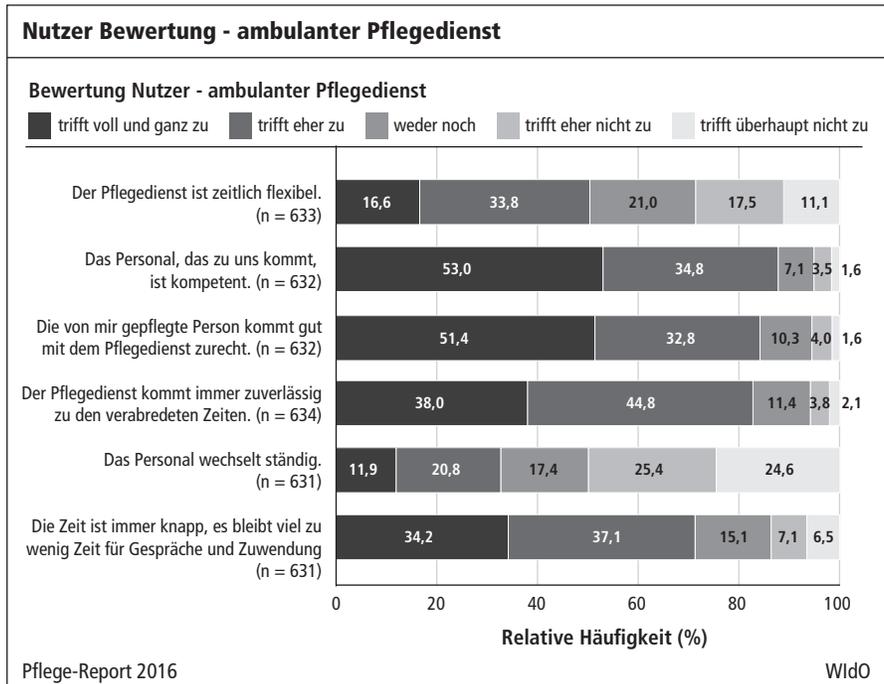
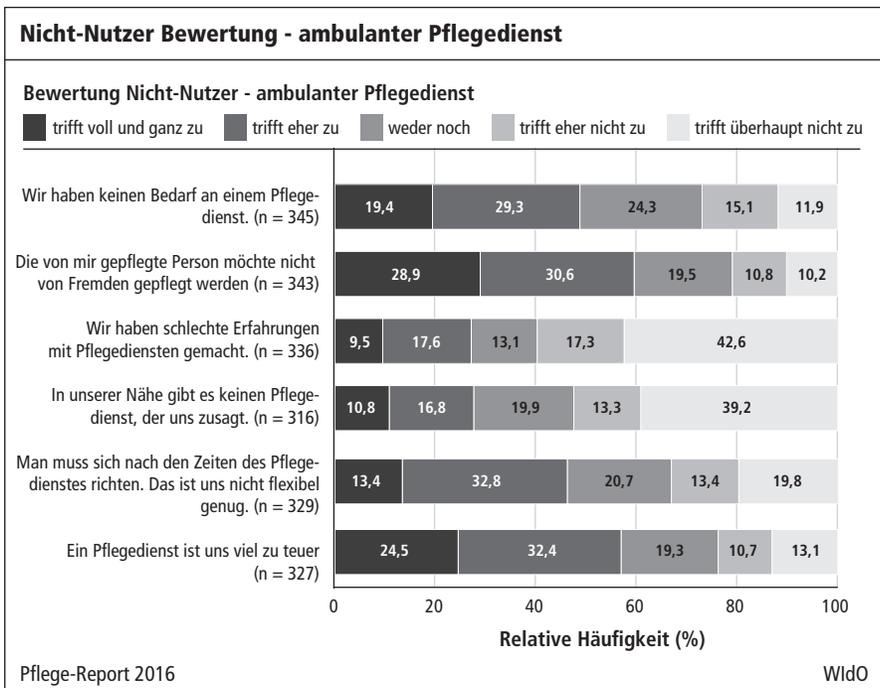


Abbildung 12–4



folgende Bild: Auf einer Skala von 1 „trifft voll und ganz zu“ bis 5 „trifft überhaupt nicht zu“ gab der Großteil der befragten Nutzer (636 Personen) an, dass das Personal kompetent (87,8%) und zuverlässig (82,8%) sei und dass die gepflegte Person mit dem Dienst zurechtkomme (84,2%). Als ein Defizit empfindet eine Mehrheit (71,3%) die mangelnde Zeit für Gespräche und Zuwendung. Fast ein Drittel der Befragten (32,6%) geben ferner an, dass das Personal ständig wechsele (Abbildung 12–3). Es zeigen sich jedoch einige signifikante Unterschiede<sup>7</sup> zwischen den beiden Gruppen hoch und niedrig belasteter Hauptpflegepersonen (Tabelle 12–7 – am Ende des Beitrags). Die „hoch Belasteten“ finden den Pflegedienst weniger häufig zeitlich flexibel (35,7%) als die niedrig Belasteten (59,8%). Auch geben die hoch Belasteten signifikant häufiger an, dass die gepflegte Person mit dem Pflegedienst nicht gut zurechtkomme (11% der hoch Belasteten vs. 3% der „niedrig Belasteten“). Ferner empfinden die hoch Belasteten zu einem weitaus höheren Anteil (41,8%) als die niedrig belasteten Pflegenden (24%), dass das Personal zu häufig wechsele. Mehr hoch Belastete finden zudem, dass die Zeit für Gespräche und Zuwendung zu knapp sei – 84% zu 64% bei den niedrig Belasteten (Tabelle 12–7).

Auch die Hauptpflegepersonen, die ohne Einbindung eines Pflegedienstes pflegen (N = 345 Personen), wurden nach den Gründen hierfür befragt. Überraschen-

<sup>7</sup> Um herauszufinden, ob sich die „hoch“ und „niedrig Belasteten“ in der Beurteilung der einzelnen Aussagen über die Unterstützungsangebote signifikant unterscheiden, wurde der Mann-Whitney-U-Test verwendet und das Signifikanzniveau wurde bei 5% festgelegt.

derweise gibt nur knapp die Hälfte der Befragten (48,7%) an, auch tatsächlich keinen Bedarf an einem ambulanten Pflegedienst zu haben (Abbildung 12–4). Mehr als jeder vierte (27%) hingegen lässt – durch die Antwort „trifft eher nicht zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“ – den Schluss zu, dass er trotz Bedarfs die Leistung nicht nutzt. Bei den hoch Belasteten ist dies sogar jeder Dritte (35,3%, Tabelle 12–7).

Ein Aspekt, der dies bewirkt, ist sicherlich, dass die gepflegte Person nicht von Fremden gepflegt werden möchte. 60% der Befragten geben dies an, von den hoch Belasteten sogar drei von vier (75,9%, Tabelle 12–6). Auch ist für die Mehrzahl der befragten Angehörigen (56,9%) der Pflegedienst zu teuer. Etwas weniger als die Hälfte (46,2%) empfindet das Angebot als nicht flexibel genug. Weitere Ursachen für die Nicht-Nutzung könnten an der Distanz zum Pflegedienst oder an den gemachten Erfahrungen liegen. Der Anteil derer, die auf die Hypothesen, dass es keinen Pflegedienst in der Nähe gebe oder dass sie schlechte Erfahrungen gemacht haben, mit „trifft eher zu“, „trifft voll und ganz zu“ antworteten, liegt immerhin noch bei etwas über einem Viertel (27,5% und 27,1% der Nicht-Nutzer.) (Abbildung 12–4).

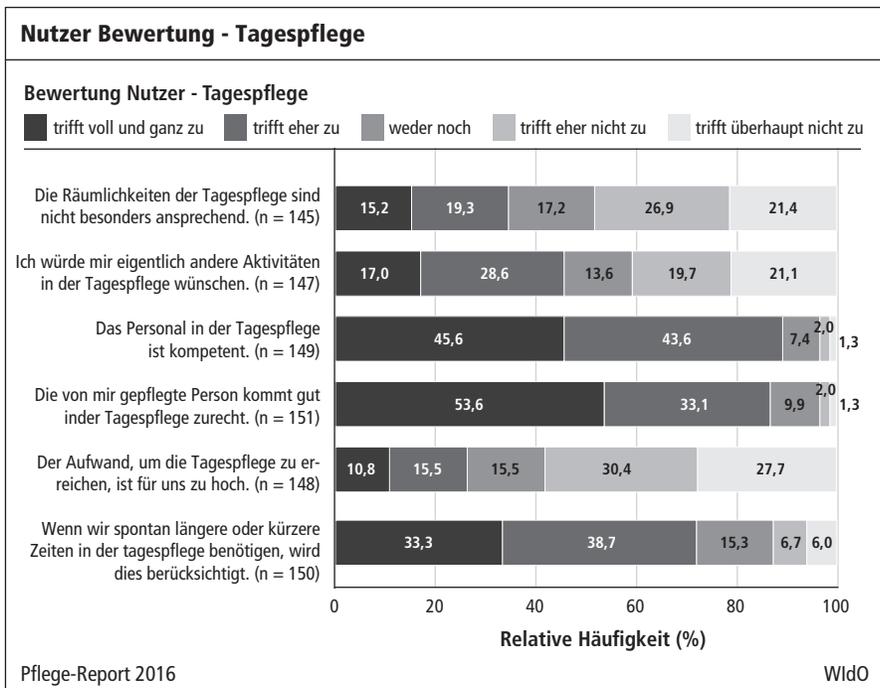
Die hoch Belasteten haben zudem vermehrt schlechte Erfahrungen mit einem Pflegedienst gemacht: 43% sagen dies, im Gegensatz zu den 10% der niedrig Belasteten. Darüber hinaus zeigt sich zwischen den beiden Belastungsgruppen ein weiterer Unterschied hinsichtlich der Bewertung der Aussage, dass es in der Nähe keinen Pflegedienst gebe, der ihnen zusagen würde. Weitaus mehr hoch Belastete (34,6%) empfinden im Vergleich zu den niedrig Belasteten (16,7%) die Aussage als zutreffend (Tabelle 12–7).

### Bewertung von Tagespflege

In analoger Form wurde im Rahmen der Befragung das Angebot der Tagespflege bewertet. Abbildung 12–5 zeigt die Bewertung der Tagespflege durch Personen, die diese nutzen (N = 151 Personen). Zufrieden sind die Nutzer der Tagespflege mit dem kompetenten Personal, damit, dass die gepflegte Person gut in der Tagespflege zurechtkommt und mit der Flexibilität der Tagespflege. Letztere Aussage empfanden 72% als „eher“ bis „voll und ganz zutreffend“ und weitaus über drei Viertel bejahten die beiden vorangegangenen Aussagen. Knapp 35% empfinden jedoch die Räumlichkeiten der Tagespflege als nicht ansprechend, 46% würden sich auch andere Aktivitäten in der Tagespflege wünschen. Für mehr als jeden vierten Befragten (26,4%) war der Aufwand, die Tagespflege zu erreichen, sehr hoch. Der Grad der Belastung scheint dabei keine Auswirkungen auf die Bewertung zu haben, signifikante Unterschiede liegen hier nicht vor (Tabelle 12–8 – am Ende des Beitrags).

Wiederum wurden auch diejenigen um eine Einschätzung gebeten, die das Angebot der Tagespflege nicht nutzen (N = 849 Personen). Etwas mehr als die Hälfte (53%) gibt an, keinen Bedarf an Tagespflege zu haben und wiederum ist es etwa jeder Vierte (23,5%), der angibt, dass eigentlich Bedarf bestehe (Angaben „trifft eher nicht zu“ oder „trifft überhaupt nicht zu“ auf die Frage: „Wir haben keinen Bedarf an Tagespflege“) (Abbildung 12–6). Als eine Ursache, keine Tagespflege zu nutzen, stimmen 45% der Aussage zu, dass die von ihnen gepflegte Person nicht mit anderen Fremden in einer Gruppe betreut werden möchte – bei hoch Belasteten sind dies sogar 60% (Tabelle 12–8). Als weiterer Aspekt wurden Kostengesichtspunkte erfragt: 47% ist eine Tagespflege zu teuer. Für 38% ist der Aufwand zu hoch, diese

Abbildung 12–5



zu erreichen. Schwierigkeiten bei der Beantragung von Tagespflege scheinen hingegen nicht zu den vorrangigen Gründen zu gehören, diese nicht zu nutzen: Nur 17% finden, dass die Aussage zutrifft. Ferner scheint auch die Distanz zur Tagespflege kein vorrangiger Grund zu sein. Insgesamt berichten 23% der Nicht-Nutzer, dass es in ihrer Nähe keine Tagespflegeangebote gebe (Abbildung 12–6).

Anders als bei den Nutzern der Tagespflege sind bei der Gruppe der Nicht-Nutzer sehr wohl Unterschiede zwischen den beiden Belastungskategorien erkennbar (Tabelle 12–8). Als erstes fällt auf, dass ein größerer Anteil der hoch Belasteten die Tagespflege als zu teuer (69,1%) bewertet, des Weiteren wissen 31% nicht, wie sie Tagespflege beantragen oder finden sollen. Die Anteile der niedrig Belasteten betragen bei diesen Aussagen jeweils 39% und 11%.

### Bewertung von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege

Auch die Nutzer der Verhinderungs- bzw. der Kurzzeitpflege (N = 274) wurden befragt. Der Großteil (87,2%) gibt an, dass die Personen, die die Pflege übernommen haben, kompetent gewesen seien. Zudem kam die gepflegte Person überwiegend mit der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege zurecht – 73% beträgt hier der Anteil, der „trifft voll und ganz zu“/„trifft eher zu“ antwortete. Mehr als die Hälfte würde sogar das Angebot noch einmal nutzen. Dennoch empfanden 43% der Nutzer die Organisation als aufwändig (Abbildung 12–7).

Tabelle 12–9 (am Ende des Beitrags) zeigt die Bewertung der Verhinderungs- bzw. Kurzzeitpflege unterschieden nach den beiden Belastungskategorien. Auch

Abbildung 12–6

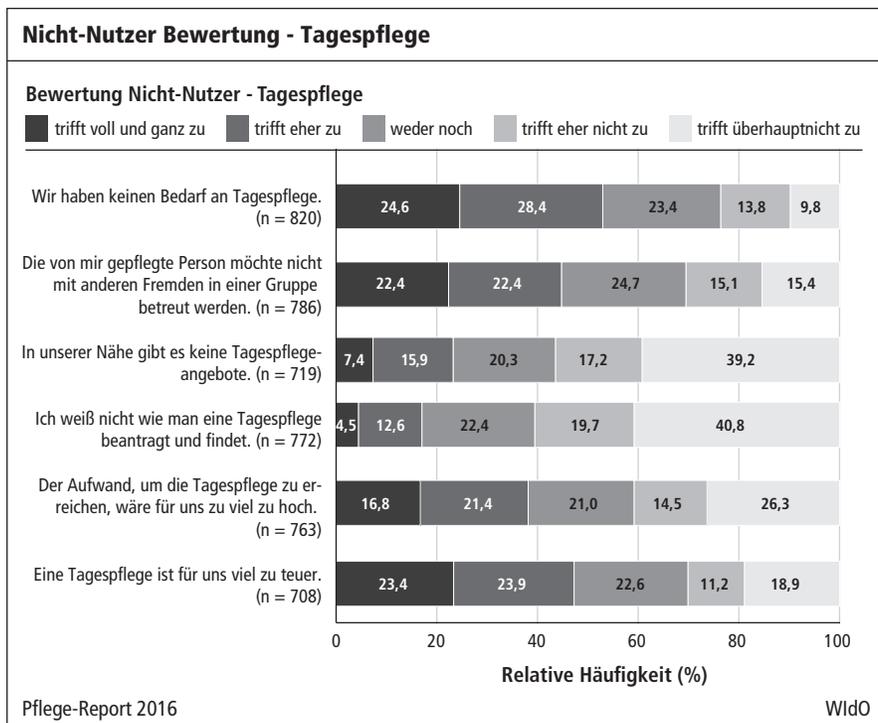
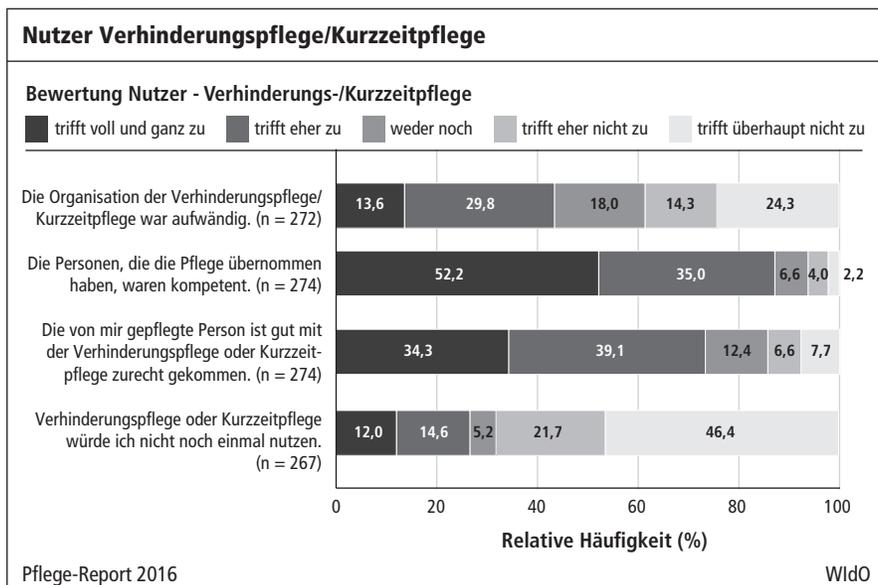


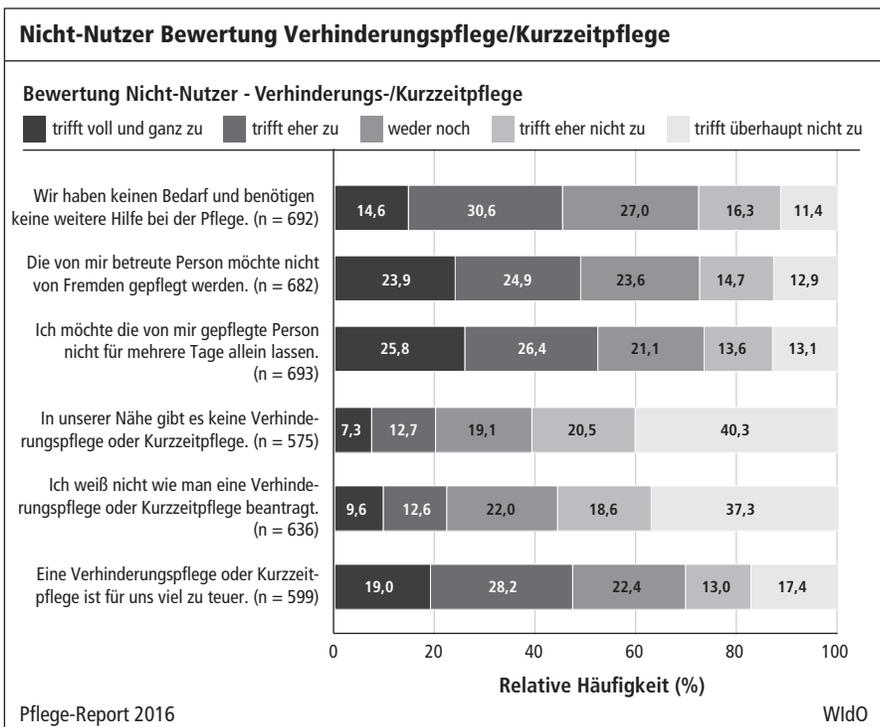
Abbildung 12–7



hier ergeben sich signifikante Unterschiede. Der Anteil derer, die die Organisation der Verhinderungs-/Kurzzeitpflege aufwändig empfinden, beträgt unter den hoch Belasteten 61,4% und ist damit deutlich größer als unter den niedrig Belasteten mit 23,1%. Wiederum scheinen die hoch Belasteten eher schlechte Erfahrungen gemacht zu haben: 32% der hoch Belasteten versus 9% der niedrig Belasteten würden das Angebot nicht noch einmal nutzen. Auch ist der Anteil der Befragten, der unzufrieden mit den Pflegepersonen war, bei den hoch Belasteten mit 11% der Nutzer deutlich höher als bei den niedrig Belasteten mit 3%. Auch der Anteil der Befragten, die angeben, dass die von ihnen gepflegte Person gut zurecht gekommen sei, ist mit 66% bei den hoch Belasteten deutlich geringer als bei den niedrig Belasteten mit 87% (Tabelle 12–9).

Befragt man die Hauptpflegepersonen, die noch keine Verhinderungs- bzw. der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen haben (N = 692), ist wiederum folgendes auffällig: Lediglich 45% der Befragten geben an, tatsächlich keinen Bedarf zu haben, 28% verneinen dies. Bei fast der Hälfte der Nicht-Nutzer sind es vorrangig folgende Gründe, die eine wichtige Rolle bei der Nichtinanspruchnahme spielen: Die betreute Person möchte nicht von Fremden gepflegt werden (48,8%), der Angehörige möchte die pflegebedürftige Person nicht mehrere Tage allein lassen (52,2%) und die Verhinderungs- bzw. Kurzzeitpflege ist zu teuer (47,2%). Ferner gibt jeder fünfte Angehörige (20%) an, das Entlastungsangebot nicht in der Nähe zu

Abbildung 12–8



haben und nur 22 % geben an, nicht zu wissen, wie man das Angebot beantragt (Abbildung 12–8).

Die beiden Belastungsgruppen der Nicht-Nutzer der Verhinderungs- bzw. Kurzzeitpflege unterscheiden sich auch hier signifikant in ihren Aussagen. Die Hauptgründe für die Nicht-Nutzung der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege in der Gruppe der hoch Belasteten sind, dass die pflegebedürftige Person nicht von Fremden gepflegt werden möchte (66,3 %) und außerdem möchten die Pflegenden nicht die von ihnen gepflegte Person für mehrere Tage allein lassen (70,8 %). Für mehr als die Hälfte der hoch Belasteten Nicht-Nutzer (59 %) ist die Verhinderungs- bzw. Kurzzeitpflege zu teuer (Tabelle 12–9).

### **Bewertung der Pflegeberatung**

In der Befragung wurde auch erhoben, ob die Personen schon einmal persönlich über Unterstützungsangebote beraten wurden. Insgesamt geben weniger als zwei von drei der hier Befragten an (62 %), dass dies der Fall sei.

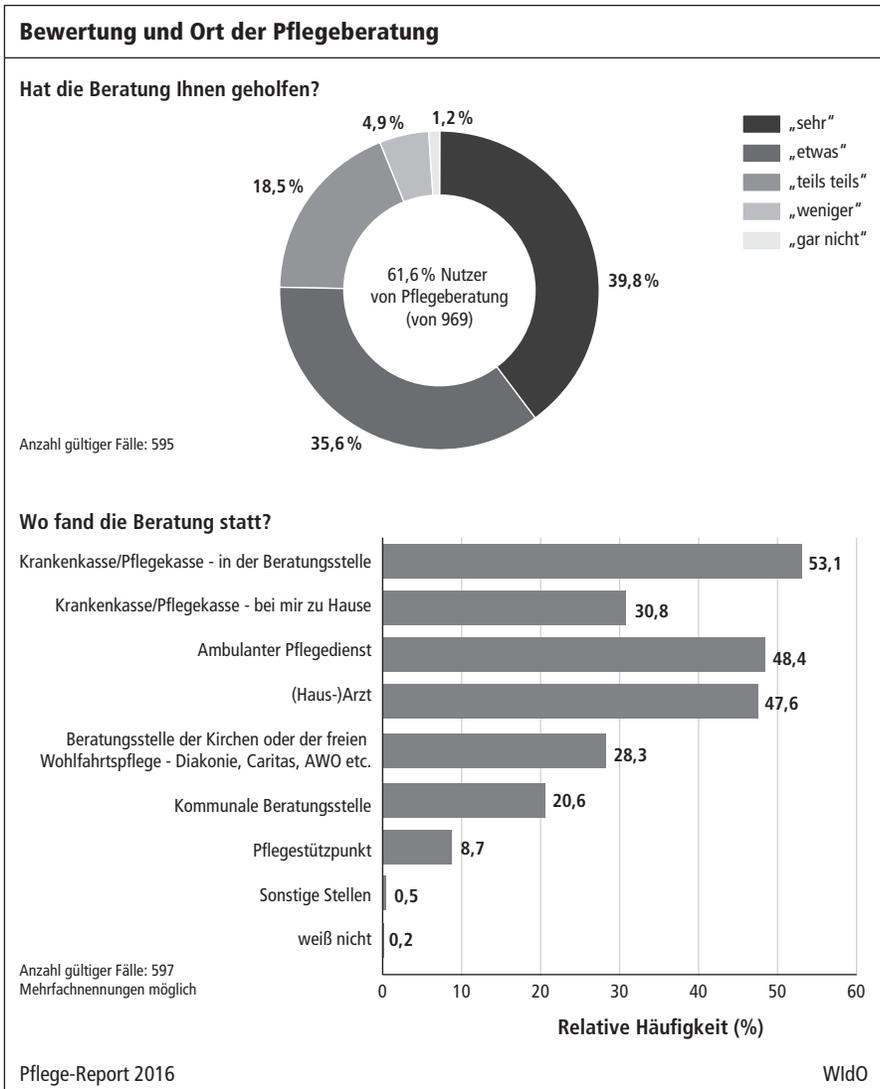
Denen, die beraten wurden, hat dies in der Mehrheit jedoch geholfen (39,8 % „sehr“ und 35,6 % „etwas“) (Abbildung 12–9). Beraten wurden die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen dabei durch unterschiedliche Akteure. Die Befragten waren aufgefordert worden, auch mehrere durch sie genutzte Beratungsangebote zu nennen. Dabei gaben 53 % an, dass die Beratung in der Beratungsstelle der Pflegekasse und 31 %, dass diese durch die Pflegekasse in der eigenen Häuslichkeit des Pflegebedürftigen stattgefunden habe. Pflegebedürftige, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl von Hilfsangeboten. Im Zuge der Beratung soll der Hilfsbedarf individuell analysiert, ein Versorgungsplan aufgestellt und über die örtlichen Angebote beraten werden (§ 7a SGB XI). Neben der Pflegekasse gaben die Hälfte der Befragten den ambulanten Pflegedienst (48,4 %) und den (Haus-)Arzt (47,6 %) als Beratungsquelle an. Beratungsstellen der Kirchen bzw. der freien Wohlfahrtspflege oder kommunale Beratungsstellen wurden hingegen seltener erwähnt. Nur eine Minderheit hat sich in einem Pflegestützpunkt beraten lassen (Abbildung 12–9).

Auch die Bewertung der Beratungssituation unterscheidet sich zwischen den Belastungsgruppen signifikant. Die Inanspruchnahme von persönlicher Pflegeberatung ist gleich hoch und beträgt ca. 67 %. Die Bewertung unterscheidet sich jedoch dahingehend, dass nur 37 % der hoch Belasteten finden, dass die Pflegeberatung sehr geholfen hat, wobei dies unter den niedrig Belasteten schon auf fast die Hälfte (49,3 %) zutrifft. Darüber hinaus denken 9 %, dass die Beratung „wenig“ bis „gar nicht“ geholfen habe, während dieser Anteil in der Gruppe der niedrig Belasteten nur 3 % beträgt (Abbildung 12–10).

### **Einschätzung zum weiteren Unterstützungsbedarf aus Sicht der Pflegeperson**

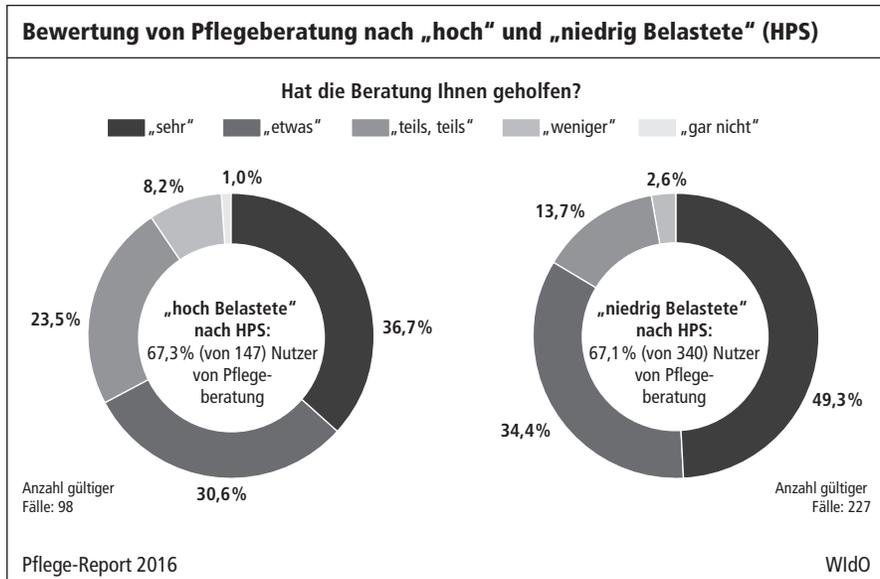
Die Befragung zielte auch darauf ab, durch offene Fragen wie „Was fehlt aus Ihrer Sicht?“ „Welche weiteren Angebote wären aus Ihrer Sicht sinnvoll?“, „Und wenn Sie nun speziell an Ihre eigene Situation denken. Was würde Sie entlasten?“ Ansatzpunkte zur weiteren Entlastung der pflegenden Angehörigen zu definieren. Die Antworten der Befragten wurden in Antwortkategorien zusammengefasst und in einem zweiten Schritt nach Oberkategorien gegliedert (Tabelle 12–10 und Tabelle 12–11 am Ende des Beitrags).

Abbildung 12–9



Häufig genannte Aspekte sind der Wunsch nach weiteren praktischen Hilfe durch professionelles Personal, mehr Freizeit oder Urlaub zur Entlastung, bessere Betreuung vor allem durch Ärzte und die Pflegeversicherung sowie weitere finanzielle Hilfen und geringere Kosten. Auch äußern die Befragten den Wunsch nach weniger Bürokratie, mehr Beratung und schnellerer Bewilligung der Anträge.

Abbildung 12–10



## 12.5 Fazit

Pflegende Angehörige gehen sehr unterschiedlich mit der Pflegetätigkeit um. Bezüglich ihrer Belastungssituation zeigt sich ein dementsprechend heterogenes Bild. Auch die hier in Untersuchung gestellten Angebote der Pflegeversicherung werden je nach Belastungsgrad unterschiedlich bewertet.

Zuallererst ist jedoch festzuhalten, dass die Unterstützungsangebote gar nicht allen Hauptpflegepersonen bekannt sind. Auch geben lediglich zwei von drei der Befragten an, schon einmal – sei es durch die Pflegekasse, Pflegedienste oder Ärzte etc. – persönlich beraten worden zu sein.

Die Nutzer bewerten die Angebote in der Gesamtschau jedoch positiv. Allein Aspekte, dass zu wenig Zeit für Gespräche und Zuwendung verbleibe oder dass die Organisation der Verhinderungspflege bzw. Kurzzeitpflege sehr aufwändig sei, wurden hervorgehoben. Auffällig ist, dass Nutzer mit einer hohen subjektiven Belastung die Angebote häufig kritischer beurteilen. Insbesondere die Kompetenz des Personals wird durch diese Gruppe schlechter bewertet. Alles in allem kommen die Pflegebedürftigen in dieser Gruppe weniger gut mit den Angeboten zurecht.

Fragt man Personen, die die Angebote der Pflegeversicherung nicht nutzen – sei es nun bezogen auf ambulante Pflegedienste, Tages- und Nachtpflege oder Verhinderungs- und Kurzzeitpflege –, stößt man auf Folgendes: Ungefähr jeder Vierte gibt an, dass er eigentlich Bedarf an der Leistung hat. Oder anders herum: Nur rund die Hälfte der Befragten Nicht-Nutzer gibt an, tatsächlich keinen Bedarf zu haben. Von den hoch Belasteten ist dies sogar jeder Dritte.

Als Ursache dafür, die Angebote nicht zu nutzen, werden einerseits Kostengesichtspunkte genannt und andererseits, dass keine Angebote in der Nähe vorhanden

seien. Ein nicht unerheblicher Anteil der Nicht-Nutzer hat zudem schon einmal schlechte Erfahrungen mit den Pflegediensten und der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege gemacht. Am auffälligsten ist jedoch, dass rund die Hälfte der Nicht-Nutzer angibt, dass die gepflegte Person nicht durch Fremde betreut werden möchte. Alle Aspekte werden durch die hoch Belasteten häufiger genannt als durch die übrigen Befragten.

Neben den bestehenden Leistungen wünschen sich die Befragten mehr Freiräume, mehr Auszeiten und mehr Entlastung durch Dritte. Die Hauptpflegeperson benötigt aber auch eine bessere Information über die Pflege und mehr strukturelle Hilfen. Alles in allem fühlen sich nur zwei von drei Hauptpflegepersonen gut unterstützt – bei der Gruppe der hoch Belasteten ist dies sogar nur jeder zweite.

In der Gesamtschau kann mit Blick auf die Frage nach der Motivation derjenigen pflegenden Angehörigen, die keine Angebote der Pflegeversicherung nutzen, festgehalten werden: Ein Teil dieser Personengruppe hat sehr wohl Bedarf an Unterstützungsleistungen. Die hier vorgelegte Untersuchung liefert Hinweise, dass die Angebote zu einem Teil auch deshalb nicht genutzt werden, weil sie den Bedürfnissen der Betroffenen nicht gerecht werden. Welchen Einfluss Faktoren wie die Persönlichkeitsprofile der Pflegenden, die Beziehung zum Pflegebedürftigen, der Grad der Abhängigkeit, die Rollenfunktion bzw. die dadurch entstehenden Konflikte, die familiäre Pflegekultur und der Pflegestil auf die Inanspruchnahme haben, bleibt jedoch offen. Dass diese eine nicht unerhebliche Rolle spielen, zeigt unter anderem jedoch die hohe Zustimmung auf die Frage, dass der Pflegebedürftige nicht durch Fremde gepflegt werden will. Ziel muss es sein, auch für diesen Personenkreis Unterstützung und Entlastungsangebote zu schaffen. Hierfür bedarf es weiterer Forschung; im ersten Schritt zu den Bedürfnissen der Betroffenen und zur Weiterentwicklung der Angebote. Im zweiten Schritt bedarf es Forschung zur Wirksamkeit der Angebote und zu der Frage, ob die Belastung der Angehörigen reduziert wird und die Angebote damit zur Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation beitragen.

Tabelle 12–7

**Bewertung von ambulanten Pflegediensten – Nutzer und Nicht-Nutzer**

Nutzer	Niedrig Belastete nach HPS (in %)			Hoch Belastete nach HPS (in %)			MW U-Test*	Nicht-Nutzer			MW U-Test*	Niedrig Belastete nach HPS (in %)			Hoch Belastete nach HPS (in %)			MW U-Test*	P-value	
	1+2	3	4+5	1+2	3	4+5		Ambulanter Pflegedienst	1+2	3		4+5	1+2	3	4+5	1+2	3			4+5
<b>Ambulanter Pflegedienst</b>	59,8	19,5	20,7	35,7	23,5	40,8	0,000	<b>Ambulanter Pflegedienst</b>	64,4	17,8	17,8	0,000	64,4	17,8	17,8	45,1	19,6	35,3	0,015	
Der Pflegedienst ist zeitlich flexibel. (N=241/N=98)								Wir haben keinen Bedarf an einem Pflegedienst. (N=101/N=51)												
Das Personal, das zu uns kommt, ist kompetent. (N239=N=98)	86,6	8,8	4,6	79,6	13,3	7,1	0,07	Die von mir gepflegte Person möchte nicht von Fremden gepflegt werden. (N=102/N=54)	57,8	18,6	23,5	0,07	57,8	18,6	23,5	75,9	13,0	11,1	0,014	
Die von mir gepflegte Person kommt gut mit dem Pflegedienst zurecht. (N=242/N=95)	85,1	11,6	3,3	76,8	12,6	10,5	0,027	Wir haben schlechte Erfahrungen mit Pflegediensten gemacht. (N=96/N=47)	10,4	6,3	83,3	0,027	10,4	6,3	83,3	42,6	17,0	40,4	0,000	
Der Pflegedienst kommt immer zuverlässig zu den verabredeten Zeiten. (N=242/N=97)	82,6	12,4	5,0	77,3	15,5	7,2	0,082	In unserer Nähe gibt es keinen Pflegedienst, der uns zusagt. (N=84/N=52)	16,7	16,7	66,7	0,082	16,7	16,7	66,7	34,6	15,4	50,0	0,004	
Das Personal wechselt ständig. (N=240/N=98)	24,2	18,3	57,5	41,8	16,3	41,8	0,004	Man muss sich nach den Zeiten des Pflegedienstes richten. Das ist uns nicht flexibel genug. (N=93/N=49)	39,8	21,5	38,7	0,004	39,8	21,5	38,7	57,1	16,3	26,5	0,076	
Die Zeit ist immer knapp, es bleibt viel zu wenig Zeit für Gespräche und Zuwendung. (N=239/N=98)	64,0	16,3	19,7	83,7	10,2	6,1	0,000	Ein Pflegedienst ist uns viel zu teuer. (N=94/N=47)	60,6	21,3	18,1	0,000	60,6	21,3	18,1	70,2	12,8	17,0	0,076	

1+2: „trifft voll und ganz zu“ und „trifft eher zu“; 3: „weder noch“; 4+5: „trifft eher nicht zu“ und „trifft überhaupt nicht zu“  
 \*Mann-Whitney-U-Test, ob ein signifikanter Unterschied in der Beurteilung der einzelnen Aussagen über die Unterstützungsangebote durch hoch und niedrig Belastete vorliegt – Signifikanzniveau wurde bei 5 % festgelegt.

Tabelle 12–8

## Bewertung von Tagespflege – Nutzer und Nicht-Nutzer

Nutzer	Niedrig Belastete nach HPS (in %)				Hoch Belastete nach HPS (in %)				MW U-Test*	P-value	Nicht-Nutzer				MW U-Test*	P-value		
	1+2	3	4+5		1+2	3	4+5				1+2	3	4+5				1+2	3
<b>Tagespflege</b>	38,9	11,1	50,0		37,9	20,7	41,4		0,618		59,1	25,5	15,4		52,9	17,6	29,4	0,22
Die Räumlichkeiten der Tagespflege sind nicht besonders ansprechend. (N=36/N=29)										Wir haben keinen Bedarf an Tagespflege. (N=298/N=119)								
Ich würde mir eigentlich andere Aktivitäten in der Tagespflege wünschen. (N=37/N=30)	32,4	16,2	51,4		50,0	3,3	46,7		0,14	Die von mir gepflegte Person möchte nicht mit anderen Fremden in einer Gruppe betreut werden. (N=299/N=109)	40,1	27,1	32,8		59,6	19,3	21,1	0,001
Das Personal in der Tagespflege ist kompetent. (N=37/N=30)	89,2	8,1	2,7		76,7	16,7	6,7		0,074	In unserer Nähe gibt es keine Tagespflegeangebote. (N=256/N=106)	16,8	23,4	59,8		36,8	7,5	55,7	0,123
Die von mir gepflegte Person kommt gut in der Tagespflege zurecht. (N=38/N=31)	78,9	15,8	5,3		80,6	9,7	9,7		0,524	Ich weiß nicht, wie man eine Tagespflege beantragt und findet. (N=282/N=114)	10,6	26,6	62,8		30,7	15,8	53,5	0,005
Der Aufwand, um die Tagespflege zu erreichen, ist für uns sehr hoch. (N=36/N=30)	25,0	13,9	61,1		33,3	16,7	50,0		0,942	Der Aufwand, um die Tagespflege zu erreichen, wäre für uns viel zu hoch. (N=283/N=108)	37,5	22,3	40,3		46,3	16,7	37,0	0,156
Wenn wir spontan längere oder kürzere Zeiten in der Tagespflege benötigen, wird dies berücksichtigt. (N=38/N=30)	73,7	10,5	15,8		73,3	13,3	13,3		0,784	Eine Tagespflege ist für uns viel zu teuer. (N=266/N=97)	38,7	26,3	35,0		69,1	14,4	16,5	0,000

1+2: „trifft voll und ganz zu“ und „trifft eher zu“; 3: „weder noch“; 4+5: „trifft eher nicht zu“ und „trifft überhaupt nicht zu“

\*Mann-Whitney-U-Test, ob ein signifikanter Unterschied in der Beurteilung der einzelnen Aussagen über die Unterstützungsangebote durch hoch und niedrig Belastete vorliegt – Signifikanzniveau wurde bei 5 % festgelegt.

Tabelle 12–9  
**Bewertung von Verhinderungs-/Kurzzeitpflege – Nutzer und Nicht-Nutzer**

Nutzer	Niedrig Belastete nach HPS (in %)			Hoch Belastete nach HPS (in %)			MW U-Test*	P-value	Nicht-Nutzer			Niedrig Belastete nach HPS (in %)			Hoch Belastete nach HPS (in %)			MW U-Test*	P-value
	1+2	3	4+5	1+2	3	4+5			1+2	3	4+5	1+2	3	4+5	1+2	3	4+5		
<b>Verhinderungs-/Kurzzeitpflege</b>	1+2	3	4+5	1+2	3	4+5			<b>Verhinderungs-/Kurzzeitpflege</b>			1+2	3	4+5	1+2	3	4+5		
Die Organisation der Verhinderungs-/Kurzzeitpflege war aufwändig. (N=78/N=57)	23,1	24,4	52,6	61,4	19,3	19,3	0,000		Wir haben keinen Bedarf und benötigen keine weitere Hilfe bei der Pflege. (N=251/N=95)			60,2	20,3	19,5	41,1	30,5	28,4	0,003	
Die Personen, die die Pflege übernehmen haben, waren kompetent. (N=79/N=56)	93,7	3,8	2,5	76,8	12,5	10,7	0,032		Die von mir betreute Person möchte nicht von Fremden gepflegt werden. (N=254/N=92)			48,4	26,4	25,2	66,3	14,1	19,6	0,004	
Die von mir gepflegte Person ist gut mit der Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege zurecht gekommen. (N=79/N=56)	87,3	8,9	3,8	66,1	14,3	19,6	0,054		Ich möchte die von mir gepflegte Person nicht für mehrere Tage alleine lassen. (N=251/N=96)			48,2	24,7	27,1	70,8	14,6	14,6	0,000	
Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege würde ich nicht noch einmal nutzen. (N=79/N=54)	8,9	7,6	83,5	31,5	7,4	61,1	0,007		In unserer Nähe gibt es keine Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege. (N=207/N=80)			17,4	20,8	61,8	30,0	17,5	52,5	0,052	
									Ich weiß nicht, wie man eine Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege beantragt. (N=233/N=85)			14,2	23,6	62,2	43,5	18,8	37,6	0,000	
									Eine Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege ist für uns viel zu teuer. (N=220/N=78)			42,3	23,2	34,5	59,0	12,8	28,2	0,034	

1+2: „trifft voll und ganz zu“ und „trifft eher zu“; 3: „weder noch“; 4+5: „trifft eher nicht zu“ und „trifft überhaupt nicht zu“  
 \*Mann-Whitney-U-Test, ob ein signifikanter Unterschied in der Beurteilung der einzelnen Aussagen über die Unterstützungsangebote durch hoch und niedrig Belastete vorliegt – Signifikanzniveau wurde bei 5 % festgelegt.

Tabelle 12–10

### Persönliche Einschätzung von Unterstützungsinstrumenten

Was fehlt aus Ihrer Sicht? Welche weiteren Angebote wären aus Ihrer Sicht sinnvoll?	Gesamt			Hoch Belastete			Niedrig Belastete		
	Anzahl (N=487)	Relative Häufigkeit (in %)	Anteil der Fälle (N=412 von Gesamt=1000) (in %)	Anzahl (N=98)	Relative Häufigkeit (in %)	Anteil der Fälle (N=78 von Gesamt=155) (in %)	Anzahl (N=104)	Relative Häufigkeit (in %)	Anteil der Fälle (N=95 von Gesamt=349) (in %)
Praktische Hilfe durch professionelles Personal	226	46,4	54,9	33	33,7	42,3	60	57,7	63,2
Informationen/Betreuung (durch Ärzte, Pflegeversicherung; Beratungseinheit); Verständnis des gepflegten Angehörigen	84	17,2	20,4	22	22,4	28,2	15	14,4	15,8
Finanzielle Hilfe; geringere Kosten	62	12,7	15,0	20	20,4	25,6	2	1,9	2,1
Strukturelle Hilfen	37	7,6	9,0	5	5,1	6,4	9	8,7	9,5
Beschäftigungsgruppen für Pflegebedürftige	21	4,3	5,1	5	5,1	6,4	7	6,7	7,4
Stundenweise Pflege und Betreuung/„Halbtagskraft“/„Tagesmutter“	12	2,5	2,9	5	5,1	6,4	2	1,9	2,1
Stammisch/Selbsthilfegruppe für Pflegende	11	2,3	2,7	3	3,1	3,8	1	1,0	1,1
Praktische Hilfe durch Verwandte/Arbeitgeber	7	1,4	1,7	1	1,0	1,3	2	1,9	2,1
Sonstiges	7	1,4	1,7	2	2,0	2,6	2	1,9	2,1
Psychologische Betreuung für den Pflegebedürftigen	6	1,2	1,5	0	0,0	0,0	1	1,0	1,1
Psychologische Betreuung für den Pflegenden	6	1,2	1,5	0	0,0	0,0	2	1,9	2,1
Freizeit	4	0,8	1,0	2	2,0	2,6	0	0,0	0,0
Bessere Ernährung für Pflegebedürftige	4	0,8	1,0	0	0,0	0,0	1	1,0	1,1

WidO  
Pflege-Report 2016

Tabelle 12–11  
**Gewünschte Entlastungsangebote**

Was würde Sie entlasten?	Gesamt			Hoch Belastete			Niedrig Belastete		
	Mehrfachantworten Anzahl (N=660)	Relative Häufigkeit (in %)	Anteil der Fälle (N=542 von Gesamt=1000) (in %)	Mehrfachantworten Anzahl (N=161)	Relative Häufigkeit (in %)	Anteil der Fälle (N=119 von Gesamt=155) (in %)	Mehrfachantworten Anzahl (N=102)	Relative Häufigkeit (in %)	Anteil der Fälle (N=95 von Gesamt=349) (in %)
Freizeit	110	16,7	20,3	34	21,1	28,6	5	4,9	5,3
Finanzielle Hilfe; geringere Kosten	64	9,7	11,8	14	8,7	11,8	6	5,9	6,3
Praktische Hilfe durch Verwandte/Arbeitgeber	86	13,0	15,9	17	10,6	14,3	12	11,8	12,6
Praktische Hilfe durch professionelles Personal	282	42,7	52,0	57	35,4	47,9	57	55,9	60,0
Strukturelle Hilfen	87	13,2	16,1	25	15,5	21,0	19	18,6	20,0
Informationen/Betreuung (durch Ärzte, Pflegeversicherung; Beratungseinheit); Verständnis des gepflegten Angehörigen	28	4,2	5,2	14	8,7	11,8	2	2,0	2,1
Sonstiges	3	0,5	0,6	0	0,0	0,0	1	1,0	1,1

Pflege-Report 2016

WIDO

## Literatur

- Au C. Die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. Informationsdienst Altersfragen 2015; 42 (3): 3–5.
- Bestmann B, Wüstholtz E, Verheyen F. Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt : Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen. Hamburg: Techniker Krankenkasse 2014: WI-NEG Wissen 04/2014.
- COMPASS. COMPASS-Versichertenbefragung. Studie zu Erwartungen und Wünschen der PPV-Versicherten an eine qualitativ gute Pflege und an die Absicherung bei Pflegebedarf. <http://www.paritaet-alsopfleger.de/index.php/downloadsnew/pflegerische-versorgung/qualitaetsentwicklung/1773-compass-versichertenbefragung/file>. (27. November 2015).
- COMPASS. Befragungsergebnisse. Pflegeberatung und Belastung Angehöriger. [http://www.compass-pflegerberatung.de/fileadmin/user\\_upload/Kurzauswertung\\_Forsa-Befragung\\_20150715.pdf](http://www.compass-pflegerberatung.de/fileadmin/user_upload/Kurzauswertung_Forsa-Befragung_20150715.pdf). (27. November 2015).
- DAK Gesundheit. Pflege-Report 2015 – So Pflegt Deutschland. [http://www.dak.de/dak/download/Pflegereport\\_2015-1701160.pdf](http://www.dak.de/dak/download/Pflegereport_2015-1701160.pdf). (27. November 2015).
- GMS. Alternative Pflegekonzepte aus Sicht der Bevölkerung und der Betroffenen.
- Gräbel E, Behrndt EM. Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. Pflege-Report 2016 – Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer Verlag 2016.
- Gräbel E, Berth H, Lichte T, Grau H. Subjective caregiver burden: validity of the 10-item short version of the Burden Scale for Family Caregivers BSFC-s. BMC Geriatrics 2014; 14 (23): 1–9.
- Meyer M. Pflegenden Angehörige in Deutschland Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen. [http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare\\_germany\\_de\\_final\\_a4.pdf](http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_germany_de_final_a4.pdf). (27. November 2015).
- Rothgang H, Kalwitzki T, Müller R, Runte R, Unger R. BARMER GEK Pflegereport 2015 – Schwerpunktthema: Pflegen zu Hause Siegburg: Asgard-Verlagsservice 2015.
- Satola A, Schywalski B. „Live-in-Arrangements“ in deutschen Haushalten: Zwischen arbeitsrechtlichen/-vertraglichen (Un-)Sicherheiten und Handlungsmöglichkeiten. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. Pflege-Report 2016 – Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer Verlag 2016.
- Schneekloth U, Wahl HW. Integrierter Abschlussbericht. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“. <http://www.bmfsfj.de/Redaktion-BMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-mug4,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>. (27. November 2015).
- Schwinger A, Jürchott K, Tsiasioti C, Rehbein I. Pflegebedürftigkeit in Deutschland In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. Pflege-Report 2016 – Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer Verlag 2016.
- Suhr R, Naumann D. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – Rahmenbedingungen und Bedarfslagen. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. Pflege-Report 2016 – Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer Verlag 2016.
- Wetzstein M, Rommel A, Lange C. Pflegenden Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. GBE kompakt 2015; 6 (3).
- Zok K. Wahrnehmungen zur eigenen Pflegebedürftigkeit. Einstellungen der älteren Bevölkerung zur häuslichen und zur stationären Pflege. WIdO-monitor 2015; 12 (2): 1–12.

# 13 Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – Rahmenbedingungen und Bedarfslagen

Ralf Suhr und Dörte Naumann

## Abstract

Der Gesetzgeber hat auf die steigende gesamtgesellschaftliche Bedeutung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege mit der Novellierung des Pflegezeitgesetzes und Familienpflegezeitgesetzes im Jahr 2015 reagiert. Inwiefern sich die bislang geringe Nachfrage nach der Pflegezeit bzw. Familienpflegezeit ändern wird, bleibt abzuwarten. Denn die gesetzlichen Regelungen knüpfen nur begrenzt an die Lebenswirklichkeit der zurzeit mehrheitlich weiblichen, bereits Teilzeit arbeitenden pflegenden Angehörigen an. Unklar ist, in welchem Umfang diese Regelungen die nachrückenden Generationen pflegender Angehörigen – insbesondere die Männer – zur Übernahme der Pflegeverantwortung motivieren werden. Um zukünftig die Versorgung und Erwerbsbeteiligung der steigenden Zahl von pflegenden Angehörigen sicherzustellen, müssten die unterstützende Infrastruktur für pflegende Angehörige im Arbeitsleben und der häuslichen Pflege ausgebaut und vielleicht auch über weitere Anreize, insbesondere für Männer, diskutiert werden.

With the amendment of the home and family care giver leave act, the legislator responded in 2015 to the increasing social importance of reconciling work and caregiving. To what extent the previously low demand for care giver or family care giver leave will change remains to be seen. The legal regulations take up the reality of the currently predominantly female caregivers who already work part-time to a limited degree only. It is unclear to what extent these regulations will motivate the advancing generations of relatives – especially men – to accept caregiving responsibilities. In order to ensure the financial provision and labour force participation of the increasing number of family caregivers in the future, the supporting infrastructure for caregivers at the workplace and at home need to be strengthened and additional incentives – especially for men – should be discussed.

13

## 13.1 Steigende Bedeutung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

Um die Folgen des demografischen Wandels für die sozialen Sicherungssysteme in Deutschland bewältigen zu können, zielt die Politik bereits seit Jahren darauf ab, die Erwerbstätigkeit in der Bevölkerung zu steigern. So wurde die Regelaltersgren-

ze angehoben, um die durchschnittliche Erwerbsphase im Lebensverlauf zu verlängern. Mit dem Ausbau der Kinderbetreuungsinfrastruktur wurde eine höhere Erwerbsbeteiligung von Eltern und – zuletzt mit der Verabschiedung des Elterngeld-Plus mit Partnerbonus – auch die partnerschaftliche Aufteilung von Erwerbs- und Betreuungsarbeit zwischen den Geschlechtern zugunsten einer höheren Erwerbsbeteiligung der Mütter eingeleitet.

Mit der steigenden Zahl von Personen mit einem pflegebedürftigen Angehörigen im näheren sozialen Umfeld gewinnen die Rahmenbedingungen und Regelungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zunehmende Aufmerksamkeit in Gesellschaft, Politik und Wirtschaft. Denn die überwiegend weiblichen Pflegepersonen nehmen aufgrund von renten- und arbeitsmarktpolitischen Reformen (Naumann und Romeu 2010) sowie dem Wandel der Familie, der Geschlechterrollen und hohen Scheidungsziffern (Engstler und Tesch-Römer 2010) zunehmend am Erwerbsleben teil. Schon heute pflegt jeder Siebzehnte in der erwerbsfähigen Bevölkerung einen Angehörigen, insbesondere in der Altersgruppe ab 45 Jahren: Unter den 45- bis 54-Jährigen liegt der Anteil bei 8%, bei den 55- bis 64-Jährigen bei 10%. Dabei sind unter den Pflegepersonen deutlich mehr Frauen als Männer: In der Gruppe der 45- bis 54-Jährigen pflegen 10% der Frauen gegenüber 6% der Männer, bei den 55- bis 64-Jährigen 11% der Frauen gegenüber 8% der Männer. Erwerbsfähige Pflegepersonen sorgen am häufigsten für die eigenen Kinder (39%), aber auch für ihre Partner (26%) und Eltern (26%). 8% der erwerbsfähigen Pflegepersonen sind für Personen außerhalb des engsten Familienkreises da (Geyer 2015).

Bislang wird die Pflege überwiegend in der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Menschen durch Angehörige mit und ohne professionelle Unterstützung geleistet. Dies entspricht der Konzeption des Sozialleistungsgesetzes und dem Wunsch der meisten hilfe- und pflegebedürftigen Menschen (Institut für Demoskopie Allensbach 2013). Dank der deutlich verbesserten medizinischen Versorgung, einem deutlich gestiegenen Wohnstandard, einer zunehmend barrierefrei gestalteten Infrastruktur und einem steigenden Angebotsspektrum professioneller Unterstützungsangebote und Dienstleistungen waren die Chancen dafür noch nie so gut wie heute (Schneekloth und Wahl 2005): Im Jahr 2013 wurden nahezu drei Viertel der Pflegebedürftigen (1,68 Mio. bzw. 72%) zu Hause versorgt, davon 1,15 Mio. (49% aller Pflegebedürftigen) ausschließlich durch Angehörige. Weitere 536 000 Pflegebedürftige in Privathaushalten werden durch ambulante Pflegedienste (mit)betreut, wobei 133 000 Pflegebedürftige (6%) ausschließlich von professionellen Pflegekräften versorgt werden und 403 000 (17%) sowohl von Angehörigen als auch ambulanten Diensten. Dabei ist die traditionell primär familiär getragene häusliche Pflege im Wandel, da die Kombination familiärer und professioneller Pflege zunehmend verbreitet ist und im Jahr 2013 auf 17% der Pflegehaushalte zutrifft (Barmer GEK 2014).

Insgesamt ist die Datenlage zur Situation pflegender Angehöriger im Erwerbsleben noch lückenhaft. Einer aktuellen repräsentativen Befragung des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) in der Erwerbsbevölkerung zufolge schätzen zurzeit 72% die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege als eher/sehr schlecht ein, während es zugleich 94% nicht zuletzt aus finanziellen Gründen für (sehr) wichtig halten, erwerbstätig zu bleiben, wenn man einen Angehörigen pflegt (Naumann und Teubner 2015a). Eine bundesweite Befragung des ZQP unter 200 Unternehmen unterschied-

licher Größen und Branchen ergab hingegen, dass es zwar 76% der Personalentscheider für (sehr) wichtig halten, ihre Beschäftigten bei der Vereinbarung von Beruf und Pflege zu unterstützen, aber 72% keine spezifischen Unterstützungsangebote vorhalten (Naumann und Teubner, 2015b).

## 13.2 Unterstützung pflegender Angehöriger im Erwerbsleben durch den Gesetzgeber

Da im Zuge der Alterung der Bevölkerung die Nachfrage nach Pflege steigt, eine möglichst vollzeitahe Beschäftigung von erwerbsfähigen Pflegepersonen im gesamtgesellschaftlichen Interesse ist und das deutsche Pflegesystem vorrangig auf der durch Leistungen aus der Pflegeversicherung flankierten Angehörigenpflege basiert, hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren verschiedene Instrumente geschaffen, um Erwerbstätigen die gleichzeitige Pflege naher Angehöriger zu erleichtern (Igl 2015).

### 13.2.1 Überblick

Zwei Gesetze erleichtern die familiäre Pflege durch abhängig beschäftigte Angehörige<sup>1</sup>: das Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz; PflegeZG) vom 28. Mai 2008<sup>2</sup> und das Gesetz über die Familienpflegezeit (Familienpflegezeitgesetz; FPfZG) vom 6. Dezember 2011.<sup>3</sup> Diese Gesetze wurden mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf vom 23. Dezember 2014<sup>4</sup> mit Wirkung zum 1. Januar 2015 geändert.

Bei den pflegebedürftigen Angehörigen muss es sich um Personen mit einer Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI handeln (§ 7 Abs. 4 PflegeZG). Damit sind Personen ausgeschlossen, die nicht einer Pflegestufe zugeordnet sind. Das kann vor allem bei Personen der Fall sein, die an Demenz erkrankt sind (Igl, 2015).<sup>5</sup> Als nahe Angehörige gelten (§ 7 Abs. 3 PflegeZG) Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Schwäger, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

1 Faktisch betroffen sein können auch öffentlich Bedienstete (Beamte, Richter, Soldaten) und Personen in besonderen Statusverhältnissen wie Abgeordnete, Minister, Staatssekretäre. Selbständig Tätige sind ausgeschlossen.

2 BGBl. I S. 874, 896.

3 BGBl. I S. 2564.

4 BGBl. I S. 2462.

5 Die Bundesregierung führt hierzu im Gesetzentwurf aus, dass die Aufnahme dieses Personenkreises im Rahmen der zweiten Stufe der Pflegereform erfolgen wird (Deutscher Bundestag, Drucksache 18/3124, S. 26). Nach dem Pflegestärkungsgesetz II soll das im Zusammenhang mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff entwickelte Neue Begutachtungssystem (NBA) ab 1. Januar 2017 angewendet werden.

### Pflegezeitgesetz

Das Pflegezeitgesetz räumt Beschäftigten einen Rechtsanspruch ein, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben (*kurzzeitige Arbeitsverhinderung*), um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen (§ 2 Abs. 1 PflegeZG). Für die kurzzeitige Arbeitsverhinderung wird von der Pflegekasse *Pflegeunterstützungsgeld* für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage gezahlt (§ 44a Abs. 3 Satz 1 SGB XI).

Neben der kurzfristigen Arbeitsverhinderung erlaubt das Pflegezeitgesetz Beschäftigten, sich unter drei Bedingungen längstens für sechs Monate teilweise oder ganz vom Arbeitsplatz zurückzuziehen:

1. Pflegen eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung (*Pflegezeit*)
2. Betreuung eines minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher oder außerhäuslicher Umgebung (*Freistellung nach § 3 Abs. 5 PflegeZG*)
3. Sterbebegleitung eines nahen Angehörigen (*Freistellung nach § 3 Abs. 6 PflegeZG*).

Der Anspruch besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten (§ 3 Abs. 1 PflegeZG). Bei der Freistellung nach § 3 Abs. 6 PflegeZG können sich Beschäftigte höchstens drei Monate pro nahen Angehörigen teilweise oder ganz freistellen lassen (§ 4 Abs. Abs. 3 Satz 2 PflegeZG). Für die Pflegezeit besteht grundsätzlich Kündigungsschutz (§ 5 PflegeZG).

Zur Kompensation des Verdienstaufschlags haben die Beschäftigten nach den Vorschriften des Familienpflegezeitgesetzes Anspruch auf ein zinsloses Darlehen in Höhe des hälftigen Lohnausfalls, das sie unmittelbar nach Abschluss der Pflegezeit sukzessive zurückzahlen müssen (§ 3 Abs. 7 PflegeZG). (s. dazu auch den nächsten Abschnitt „Familienpflegegesetz“).

### Familienpflegezeitgesetz

Das Familienpflegezeitgesetz räumt Beschäftigten einen Rechtsanspruch ein, für längstens 24 Monate ihre Arbeitszeit bis zu einer Mindestarbeitszeit von 15 Stunden pro Woche zu reduzieren, um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung zu pflegen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 FPfZG). Die Vorschriften zu Art und Weise der Inanspruchnahme, Förderung der pflegebedingten Freistellung von der Arbeitsleistung und Finanzierung dieser Förderung sind durch das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf vom 23. Dezember 2014<sup>6</sup> mit Wirkung zum 1. Januar 2015 erheblich geändert worden. Außerdem wurde eine Koordinierung der Vorschriften mit denen des Pflegezeitgesetzes vorgenommen. Pflegezeit und Familienpflegezeit dürfen gemeinsam 24 Monate je pflegebedürftigen nahen Angehörigen nicht überschreiten (§ 2 Abs. 2 FPfZG).

Der Anspruch besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel bis zu 25 Beschäftigten (§ 2 Abs. 1 FPfZG). Wer Familienpflegezeit beanspruchen will, muss dies dem Arbeitgeber spätestens acht Wochen vor dem gewünschten Beginn schrift-

<sup>6</sup> BGBl. I S. 2462.

lich ankündigen. Gleichzeitig müssen die Beschäftigten erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang innerhalb der Gesamtdauer die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen und wie die Arbeitszeit verteilt werden soll (§ 2a Abs. 1 FPfZG). Darüber ist eine schriftliche Vereinbarung zu treffen (§ 2a Abs. 2 FPfZG). Wird die Höchstdauer zunächst nicht ausgeschöpft, kann die Familienpflegezeit mit Zustimmung des Arbeitgebers verlängert werden. Ein Anspruch auf Verlängerung besteht, wenn die Pflegeperson aus einem wichtigen Grund nicht ersetzt werden kann (§ 2a Abs. 3 FPfZG).

Für die Dauer der Familienpflegezeit genießen die Beschäftigten grundsätzlich Kündigungsschutz (§ 2 Abs. 3 FPfZG mit Verweis auf § 5 PflegeZG). Die Beschäftigten können das wegen der teilweisen Freistellung wegfallende Arbeitsentgelt durch ein zinsloses Darlehen hälftig kompensieren (§ 3 Abs. 2 und 3 FPfZG). Die Rückzahlung beginnt mit dem Monat, der auf das Ende der Förderung der Freistellung erfolgt (§ 6 FPfZG). Bei Sozialhilfe- oder Grundsicherungsbezug oder zeitlich weiterlaufender Pflege des Angehörigen bestehen Härtefallregelungen (§ 7 FPfZG). Zuständig für die Darlehensgewährung und die Rückzahlung ist das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (§ 8 Abs. 1 FPfZG). Der Bund trägt die für die Ausführung des FPfZG erforderlichen Mittel (§ 13 FPfZG).

### 13.2.2 Bewertungen der Gesetzgebung zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege durch die Bevölkerung und Unternehmen

Im Zuge der Einführung des am 1. Januar 2015 in Kraft getretenen Gesetzes für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege führte das ZQP eine bundesweite repräsentative Bevölkerungsumfrage durch. Nachdem den Befragten die Inhalte der Gesetzesnovellen kurz erläutert wurden, konnten sie die Maßnahmen beurteilen (Nauermann und Teubner 2015a, b).

Insgesamt bewertete die Bevölkerung die Gesetzesnovellen verhalten. Die kurzfristige Arbeitsfreistellung im Pflegeunterstützungsgeld wurde am besten eingeschätzt: 89 % der Befragten meinten, diese Maßnahme wäre (sehr) hilfreich, wobei sich 85 % auch vorstellen könnten, selbst diese Option zu nutzen. Insgesamt 68 % schätzten die Option der maximal dreimonatigen Sterbebegleitung eines Angehörigen als (sehr) hilfreich ein und 52 % würden diese selbst nachfragen. Allerdings hielten nur 55 % die Familienpflegezeit für (sehr) hilfreich und nur 33 % würden selbst diesen Weg gehen (Tabelle 13–1).

Hinter diesen recht erheblichen Vorbehalten stehen insbesondere finanzielle Gründe: Insgesamt 84 % würden deswegen von der Familienpflegezeit, 73 % von der dreimonatigen Sterbebegleitung und 29 % von der kurzfristigen Arbeitsfreistellung Abstand nehmen. Die geringe Planbarkeit der Pflege schreckt 50 % von der Option zur Sterbebegleitung, 37 % von der bis zu 24-monatigen Familienpflegezeit sowie 45 % von der Inanspruchnahme der kurzfristigen Arbeitsfreistellung ab. Auch die verbreitete Angst vor negativen Konsequenzen am Arbeitsplatz zeigen, dass eine pflegesensible Unternehmenskultur noch nicht verbreitet ist: 43 % würden aus Angst vor beruflichen Nachteilen von der Familienpflegezeit absehen und 31 % der Befragten befürchten bereits bei der maximal 10-tägigen kurzfristigen Arbeitsfreistellung negative Konsequenzen im Arbeitsleben (Tabelle 13–2).

Tabelle 13–1

„Wie hilfreich finden Sie diese [zuvor inhaltlich kurz erläuterte] Maßnahme? Und würden Sie dieses Angebot selbst in Anspruch nehmen, um einen nahen Angehörigen zu Hause zu pflegen?“

Maßnahme	Wie hilfreich finden Sie diese Maßnahme?		Würden Sie dieses Angebot selbst in Anspruch nehmen?		
	(sehr) hilfreich	weniger/nicht hilfreich	ja	nein	weiß nicht/keine Angabe
Pflegeunterstützungsgeld/kurzfristige Arbeitsfreistellung	89 %	10 %	85 %	6 %	9 %
Pflegezeit (max. 24 Monate)	55 %	43 %	33 %	42 %	25 %
Freistellung zur Begleitung im Sterbeprozess	68 %	30 %	52 %	26 %	22 %

N = 2 015

Quelle: ZQP-Bevölkerungsbefragung „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“

Pflege-Report 2016

WIdO

Tabelle 13–2

„Und warum würden Sie das [Angebot] nicht in Anspruch nehmen?“

	Maßnahme		
	Pflegeunterstützungsgeld/ kurzfristige Arbeitsfreistellung	Familienpflegezeit (max. 24 Monate)	Freistellung zur Begleitung im Sterbeprozess
Finanzielle Gründe	29 %	84 %	73 %
Geringe Planbarkeit des Pflegeverlaufs bzw. Sterbeprozesses	45 %	37 %	50 %
Angst vor beruflichen Nachteilen	31 %	43 %	26 %
Angst vor mangelndem Verständnis der Vorgesetzten	21 %	20 %	14 %
Organisatorische Probleme	31 %	14 %	14 %
Angst vor mangelndem Verständnis der Kollegen	9 %	7 %	8 %

Anmerkung: Es wurden nur Personen befragt, die angaben, das jeweilige Angebot nicht in Anspruch nehmen zu wollen.

Fallzahlen, aufgeschlüsselt nach Antwortkategorie: Pflegeunterstützungsgeld/kurzfristige Arbeitsfreistellung (N = 121); maximal 24-monatige Familienpflegezeit (N = 847), max. 3-monatige Sterbegleitung (N = 520).

Quelle: ZQP-Bevölkerungsbefragung „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“

Pflege-Report 2016

WIdO

Die von den Befragten relativ gering eingeschätzte Toleranz und Unterstützung bei der Inanspruchnahme der gesetzlichen Regelungen in der Arbeitswelt korrespondiert mit den Ergebnissen der bundesweiten ZQP-Unternehmensbefragung unter Personalverantwortlichen in 200 Unternehmen (Naumann und Teubner 2015b). Generell bewerteten die befragten Personalverantwortlichen die gesetzlichen Regelungen umso schlechter, je länger sie pflegenden Angehörigen ermöglichen, vorüber-

Tabelle 13–3

„Wie gut ist diese [zuvor inhaltlich kurz erläuterte] Regelung in Ihrem Unternehmen umsetzbar?“

		Gesamt	16 bis 49 Mit- arbeiter	50 bis 249 Mit- arbeiter	250 oder mehr Mit- arbeiter
Kurzfristige Arbeitsfreistellung/ Pflegeunterstützungsgeld	sehr gut/gut	66 %	60 %	65 %	80 %
	weniger gut/ überhaupt nicht	35 %	40 %	35 %	20 %
Familiengrundpflegezeit (max. 24 Monate)	sehr gut/gut	37 %	29 %	37 %	55 %
	weniger gut/ überhaupt nicht	63 %	70 %	63 %	45 %
Freistellung zur Begleitung im Sterbeprozess	sehr gut/gut	45 %	42 %	45 %	53 %
	weniger gut/ überhaupt nicht	54 %	56 %	55 %	48 %

N = 200

Quelle: ZQP-Unternehmensbefragung „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“

Pflege-Report 2016

WIdO

gehend komplett oder teilweise aus dem Erwerbsleben auszusteigen. Am besten beurteilten 66 % der Personaler die maximal 10-tägige kurzfristige Arbeitsfreistellung mit dem Pflegeunterstützungsgeld. Hingegen hielten nur 45 % die maximal 3-monatige Option zur Sterbebegleitung für (sehr) gut umsetzbar ein. Die Familienpflegezeit wurde am seltensten, nämlich nur von gut einem Drittel der Befragten als (sehr) gut umsetzbar eingestuft (Tabelle 13–3). Vor dem Hintergrund der negativen Einschätzung der Praktikabilität gaben mit 84 % die meisten Befragten an, im Jahr 2015 keine neuen betriebsinternen Maßnahmen für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu planen.

13

### 13.3 Muster der Erwerbsbeteiligung von Pflegepersonen

Damit die Gesetzesnovellen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege unter Pflegenden nachgefragt werden, müssen sie mit ihrer Lebenswirklichkeit korrespondieren. Deswegen werden in diesem Abschnitt die Muster der Erwerbsbeteiligung von pflegenden Angehörigen dargestellt und diskutiert, wie zielgenau die Gesetzesnovellen auf ihre Lebens- und Arbeitssituation abgestimmt sind. Grundlage dieses Abschnitts sind SOEP-Analysen des DIW im Auftrag des ZQP über den Zeitraum von 2001 bis 2012 (Geyer 2015).

Pflegende Angehörige sind in der Erwerbsbevölkerung nicht selten: Gut 6 % aller Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen 16 und 64 leisten regelmäßig Pflege. Besonders Frauen sowie ältere Erwerbspersonen ab 45 Jahren integrieren die Pflege in ihren Alltag. Dabei widmet jeweils rund die Hälfte der erwerbsfähigen

Pflegepersonen (48 % bzw. 52 %) täglich bis zu einer bzw. mehr als eine Stunde dem Pflegebedürftigen. Drei Viertel (76 %) derjenigen, die in einem Haushalt mit dem pflegebedürftigen Angehörigen zusammenleben, und 41 % der getrennt vom pflegebedürftigen Menschen lebenden Angehörigen verbringen täglich mehr als eine Stunde mit der Pflege eines Angehörigen.

Multivariate Schätzungen belegen, dass sich zeitaufwändige Pflegetätigkeit negativ auf die Erwerbsquoten von Männern und Frauen auswirkt. Besonders weibliche und zeitintensiv in die Pflege involvierte Pflegepersonen in Pflegehaushalten verringern ihre Arbeitszeit signifikant, um Pflege und Beruf miteinander zu vereinbaren; umfangreich in die Pflege involvierte Männer tendieren dagegen eher dazu, vollständig aus dem Erwerbsleben auszusteigen. Entsprechend gleicht die Erwerbsquote pflegender Angehöriger nur dann der übrigen Erwerbsbevölkerung (77 %), solange die Pflegepersonen im eigenen Haushalt leben und den zeitlichen Aufwand für die Pflege auf nicht mehr als eine Stunde pro Tag begrenzen (75 %). Unter Pflegenden in Pflegehaushalten mit üblicherweise hohem Pflegebedarf liegt die Erwerbsquote hingegen bei 54 %, bei den separat wohnenden, aber zeitlich stark engagierten Pflegepersonen bei 64 %. Auch die Wochenarbeitszeit ist mit der übrigen Erwerbsbevölkerung vergleichbar, solange die Pflegepersonen separat wohnen und nicht mehr als eine Stunde pro Tag pflegen. Erfordert die Pflege aber mehr als eine Stunde pro Tag, arbeiten sie im Schnitt zwischen fünf und acht Stunden weniger. In Pflegehaushalten liegt die Wochenarbeitszeit pflegender Angehöriger mit 32 Stunden etwa ein Viertel unter der der Erwerbsbevölkerung ohne Pflegeaufgaben. Im Fall von intensiver Pflege sinkt sie auf 30 Stunden.<sup>7</sup>

Nachfolgend werden weitere, besonders für die Nachfrage nach der Pflegezeit und Familienpflegezeit relevante ausgewählte deskriptive Ergebnisse der SOEP-Analysen zur Erwerbsbeteiligung pflegender Angehöriger dargestellt, nämlich Arbeitszeitwünsche, Einkommenssituation und Größe des Arbeitgebers. Denn Pflegezeit und Familienpflegezeit ermöglichen pflegenden Angehörigen, ihre Arbeitszeit vorübergehend zu reduzieren und die so entstehenden finanziellen Einbußen mithilfe eines zinslosen Darlehens vorübergehend abzufedern. Außerdem setzt der Rechtsanspruch für die Pflegezeit voraus, dass der oder die Betroffene in einem Unternehmen mit mindestens 16 Personen und für die Familienpflegezeit mit mindestens 25 Personen beschäftigt ist.

### **Kein stärkerer Wunsch zur Arbeitszeitreduktion pflegender Angehörige**

Vergleicht man den Wunsch nach Arbeitszeitreduktion zwischen den pflegenden Angehörigen und der übrigen Erwerbsbevölkerung, lassen sich kaum Unterschiede erkennen (Tabelle 13–4)<sup>8</sup>: Pflegepersonen würden genauso wie die übrige Erwerbs-

7 Diese Ergebnisse zum Erwerbsumfang lassen keinen Schluss zu, ob die Pflegepersonen wegen der Pflege die Erwerbstätigkeit eingeschränkt haben oder ob sie die Pflege wegen der eingeschränkten Arbeitszeit übernommen haben.

8 Der genaue Wortlaut der Frage ist: „Wenn Sie den Umfang Ihrer Arbeitszeit selbst wählen könnten und dabei berücksichtigen, dass sich Ihr Verdienst entsprechend der Arbeitszeit ändern würde: Wie viele Stunden in der Woche würden Sie dann am liebsten arbeiten?“ Anmerkung: Die Frage des Surveys berücksichtigt, dass das Einkommen der Befragten bei einer Verringerung der wöchentlichen Arbeitszeit sinken würde.

Tabelle 13–4

**Realisierte und gewünschte Arbeitszeit von Pflegepersonen nach Haushaltstyp und Pflegeumfang**

	Pflegeperson				Personen ohne Pflegeaufgaben
	Alle		Intensive Pflege (>1 Std.)		
	Pflege in HH	Pflege außerhalb	Pflege in HH	Pflege außerhalb	
Arbeitsstunden	31,9	37,1	30,1	33,2	38,6
Arbeitsstunden, gewünscht	30,9	33,9	28,1	29,5	34,5

Anmerkungen: Gewichtete Angaben 2012.

Quelle: SOEPv29

Pflege-Report 2016

WIdO

bevölkerung gerne im Schnitt 10% weniger arbeiten. Es ist denkbar, dass die Unterschiede deswegen so gering sind, weil die im SOEP befragten Pflegepersonen ihre Arbeitszeit häufig bereits für die Pflege angepasst haben und sie sich eine weitere Arbeitszeitreduktion finanziell nicht leisten können. Weiterhin lässt die niedrigere Erwerbsquote der Pflegepersonen vermuten, dass ein Teil der intensiv pflegenden Erwerbspersonen zum Zeitpunkt der Befragung Zeit- und Vereinbarkeitskonflikte bereits durch einen Rückzug vom Arbeitsmarkt gelöst haben.

**Geringeres Einkommen erwerbsfähiger Pflegepersonen**

Die Einkommenssituation der pflegenden Angehörigen ist ein wichtiger Punkt in der Diskussion um die Angemessenheit der Regelungen von Pflegezeit und Familienpflegezeit, einschließlich des zurückzuzahlenden zinslosen Darlehens. Denn die Einkommenssituation pflegender Angehöriger ist, vermutlich auch aufgrund der geringeren Wochenarbeitszeit, im Schnitt schlechter als die der übrigen Erwerbsbevölkerung. Pflegepersonen in Pflegehaushalten verdienen im Vergleich zur übrigen Erwerbsbevölkerung deutlich weniger, nämlich im Schnitt nur 75% bzw. im Fall von mehr als einer Stunde Pflege pro Tag nur 65% des Durchschnittseinkommens der übrigen Erwerbsbevölkerung. Die Pflegepersonen mit eigenem Haushalt sind zwar finanziell bessergestellt und können bei bis zu einstündigem Pflegeaufwand fast 100% des durchschnittlichen Vergleichseinkommens erzielen. Sobald aber ihr Pflegeaufwand eine Stunde regelmäßig übersteigt, sinkt auch ihr Einkommen auf 77% des Durchschnittseinkommens (Tabelle 12–5). Die unterschiedliche Einkommenslage pflegender Angehöriger und der übrigen Erwerbsbevölkerung können wahrscheinlich zu einem guten Anteil durch die unterschiedliche Wochenarbeitszeit erklärt werden. Allerdings sind auch Unterschiede beim Bruttoarbeitslohn zu beobachten, die vor allem für pflegende Angehörige in Pflegehaushalten zutreffen. Diese Unterschiede stehen vermutlich im Zusammenhang mit unterschiedlicher Bildung. Denn gerade Pflegepersonen in Pflegehaushalten haben häufig nur eine geringe oder mittlere Bildung, während die Pflegepersonen im eigenen Haushalt häufiger auch eine höhere Bildung mit entsprechend besseren Einkommenschancen haben. Zusätzlich werden hier vermutlich auch die ungleichen Einkommenschancen zwi-

Tabelle 13–5

**Bruttoerwerbseinkommen pro Monat und Stunde von Pflegepersonen nach Haushaltstyp und Pflegeumfang (in Euro)**

	Pflegeperson				Personen ohne Pflegeaufgaben
	Alle		Intensive Pflege (>1 Std.)		
	Pflege in HH	Pflege außerhalb	Pflege in HH	Pflege außerhalb	
Bruttolohn	1 871	2 429	1 640	1 949	2 516
Stundenlohn	13,2	14,9	12,4	13,0	14,9

Anmerkungen: Gewichtete Angaben. Es wurden nur erwerbstätige Personen zur Berechnung der Durchschnitte verwendet.

Quelle: SOEPv29

Pflege-Report 2016

WlD0

schen erwerbstätigen Männern und Frauen sichtbar, da die Mehrzahl der pflegenden Angehörigen Frauen sind. Im Schnitt verdienen Frauen etwa 20 Prozent weniger als Männer, nicht zuletzt weil sie überproportional häufig in schlechter zahlenden Branchen in kleineren Betrieben beschäftigt sind und aufgrund von familienbedingten Unterbrechungen seltener vergleichbar lange Betriebszugehörigkeiten wie Männer erreichen (Bach 2014).

### **Pflegende Angehörige häufiger als die übrigen Erwerbstätigen in Kleinbetrieben mit weniger als 20 Mitarbeitern beschäftigt**

Für die Nachfrage nach Familienpflegezeit und Pflegezeit ist die Betriebsgröße der Arbeitgeber von erwerbstätigen Pflegepersonen hoch relevant, da daran der Rechtsanspruch auf Pflegezeit (mehr als 15 Beschäftigte) und Familienpflegezeit (25 und mehr Beschäftigte) geknüpft ist. Auch wenn sich anhand des SOEP diese Vorschriften nicht vollständig abbilden lassen, belegen die nachfolgenden Ergebnisse, dass pflegende Angehörige gehäuft in Betrieben mit weniger als 20 Beschäftigten bzw. zwischen 20 und 200 Beschäftigten tätig – und damit zu einem nicht unerheblichen Teil vom Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit und Pflegezeit ausgeschlossen – sind (Tabelle 12–6). Insbesondere Pflegepersonen in Pflegehaushalten arbeiten mit einem Anteil von 37 % deutlich häufiger als die übrige Erwerbsbevölkerung (26 %) in kleinen Betrieben mit weniger als 20 Beschäftigten. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch bei Unternehmen mit einer Betriebsgröße zwischen 20 und 200 Beschäftigten. Hier sind Pflegepersonen mit eigenem Haushalt und mehr als einer Stunde Zeitaufwand für die Pflege verstärkt vertreten (Pflegepersonen: 35 %; übrige Erwerbsbevölkerung: 26 %). Dies könnte daran liegen, dass Frauen generell nicht nur häufiger Pflege leisten, sondern zugleich auch eher in kleinen Betrieben tätig sind. Außerdem leben Pflegepersonen eher im ländlichen Raum mit einer entsprechenden wirtschaftlichen Infrastruktur.

Tabelle 13–6

**Betriebsgröße erwerbstätiger Pflegepersonen nach Haushaltstyp und Umfang der Pflege**

	Pflegeperson				Personen ohne Pflegeaufgaben
	Alle		Intensive Pflege (>1 Std.)		
	Pflege in HH	Pflege außerhalb	Pflege in HH	Pflege außerhalb	
<b>Betriebsgröße</b>					
< 20	36,7	23,3	37,1	28,7	26,1
20–200	31,8	25,5	30,9	35,4	26,9
200–2000	13,8	23,9	14,6	16,8	19,4
> 2000	13,4	22,7	15,9	16,5	22,8
Selbständig	4,3	4,5	1,5	2,6	4,9
Öffentlicher Dienst	24,5	30,1	29,3	24,4	24,0

Anmerkungen: Gewichtete Angaben

Quelle: SOEPv29

Pflege-Report 2016

WIdO

## 13.4 Fazit

Die jüngsten Reformen der Pflegezeit und Familienpflegezeit werden eher verhalten in der Bevölkerung und in den Unternehmen aufgenommen. Einerseits wird die schwierige Lebenssituation pflegender Angehöriger und die Notwendigkeit ihrer Unterstützung zunehmend in Politik, Gesellschaft und Wirtschaft gewürdigt. Andererseits spiegeln die ZQP-Befragungen wider, dass mit dem Thema Pflege in der Arbeitswelt noch nicht überall offen umgegangen wird. Dies gilt sowohl für die Beschäftigten, die deswegen berufliche Nachteile fürchten, als auch für die Unternehmen, die im Zusammenhang mit längerfristigen teilweisen oder vollständigen Freistellungen pflegender Angehöriger Störungen in den Betriebsabläufen vorhersehen.

Insgesamt setzen die jüngsten Reformen der Pflege- und Familienpflegezeit an der Praxis an, die pflegende Frauen viel häufiger als Männer bereits umsetzen: die Arbeitszeit zugunsten der Familie zu reduzieren. Dabei zeigen die im Rahmen dieses Beitrags ausgewählten Analysen, dass zurzeit erwerbstätige Pflegepersonen kein besonderes Bedürfnis nach weiterer Arbeitszeitreduktion haben. Denn viele der mehrheitlich weiblichen pflegenden Angehörigen arbeiten bereits dauerhaft in Teilzeit und haben vermutlich schon aus finanziellen, aber auch arbeitsplatzbezogenen Gründen wenig Interesse, die Arbeitszeit weiter zu reduzieren. Die – zusätzlich zu anderen, bereits bestehenden Instrumenten der Arbeitszeitflexibilisierung – durch die Gesetze zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gestärkte Möglichkeit, vorübergehend und eben nicht dauerhaft für die Pflege die Arbeitszeit zu reduzieren und den ursprünglichen Arbeitsplatz zu erhalten, könnte aber für zukünftig Pflegende größere Bedeutung erlangen. Umstritten wird jedoch die Praktikabili-

tät des zinslosen Darlehens bleiben, weil pflegende Angehörige im Schnitt ohnehin schon weniger verdienen und das Darlehen direkt im Anschluss an die Pflegezeit zurückzuzahlen ist. Die angemessene finanzielle Unterstützung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Pflegepersonen wird damit auch zukünftig gesellschaftlich diskutiert werden müssen.

Soll zukünftig die Pflegeverantwortung in der Erwerbsbevölkerung gleichmäßiger zwischen Männern und Frauen verteilt werden, müssten vor allem mehr erwerbsfähige Männer ihre Angehörige pflegen. Da Männer aber mit ihrem Erwerbseinkommen im Durchschnitt in der Regel nach wie vor mehr zum Haushaltseinkommen beitragen als Frauen, bleibt abzuwarten, ob sich Haushalte in Zukunft häufiger für eine partnerschaftliche Lösung des Vereinbarkeitsproblems von Beruf und Pflege entscheiden werden.

Zudem hängen die Optionen der Männer, sich verstärkt in der Pflege einzubringen, auch davon ab, wie gut ihnen die Unternehmen entgegenkommen. Wie dieser Beitrag zeigt, sind pflegende Angehörige gerade in Branchen mit kleinbetrieblichen Strukturen präsent und wegen der Schwellenwerte der Betriebsgröße für den Rechtsanspruch auf die Pflege- und Familienpflegezeit weiterhin auf das Wohlwollen der Arbeitgeber bzw. tarifliche Vereinbarungen angewiesen.

## Literatur

- Bach S. Gender Income Gap und Gender Tax Gap. DIW Wochenbericht 35/2014. Berlin 2014.
- Barmer GEK. Barmer GEK Pflegereport 2014. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 29. Berlin: Barmer GEK 2014.
- Engstler H, Tesch-Römer C. Lebensformen und Partnerschaft. In: Motel-Klingebiel A, Wurm S, Tesch-Römer C (Hrsg). Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer 2010.
- Generali Zukunftsfond (Hrsg). Generali Altersstudie 2013: Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Frankfurt a. M. 2013.
- Geyer J. Informell Pflegende in der deutschen Erwerbsbevölkerung: Soziodemografie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten. In: ZQP-Themenreport „Vereinbarkeit von Beruf und Pflege“. Berlin: ZQP 2015.
- Igl G. Sozial- und arbeitsrechtliche Regelungen zur Unterstützung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. In: ZQP-Themenreport „Vereinbarkeit von Beruf und Pflege“. Berlin: ZQP 2015.
- Naumann D, Teubner C. Das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – Einschätzung der Bevölkerung. In: ZQP-Themenreport „Vereinbarkeit von Beruf und Pflege“. Berlin: ZQP 2015a.
- Naumann D, Teubner C. Das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – Einschätzung der Unternehmen. In: ZQP-Themenreport „Vereinbarkeit von Beruf und Pflege“. Berlin: ZQP 2015b.
- Naumann D, Romeu-Gordo L. Gesellschaftliche Partizipation: Erwerbstätigkeit, Ehrenamt und Bildung. In: Motel-Klingebiel A, Wurm S, Tesch-Römer C (Hrsg). Altern im Wandel, Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer 2010.
- Schneekloth U, Wahl HW. Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Stuttgart: Kohlhammer 2006.

# 14 Rechtsfragen der Kooperation und Koordination der Berufe im Kontext der Langzeitpflege

Gerhard Igl

## Abstract

Der Artikel beschreibt, welche Berufe in die Langzeitpflege eingebunden sind und auf welchen rechtlichen Grundlagen deren Zusammenarbeit basiert. Künftige Verbesserungsmöglichkeiten werden vor allem in der klaren Formulierung von Ausbildungszielen und der Schaffung von Teilapprobationen gesehen. Insgesamt fehlt es noch an einer allgemeinen rechtlichen Rahmenordnung für die Kooperation des pflegerischen Versorgungsgeschehens, die für die Beteiligten Rechtssicherheit erzeugen könnte. Der Artikel geht auch auf die geplanten Neuregelungen in einem Pflegeberufsgesetz ein. Die dort formulierten Ausbildungsziele und die Einräumung von vorbehaltenen Tätigkeiten werden als positiver Beitrag für die Gestaltung der Kooperation in der pflegerischen Versorgung gesehen.

The article describes which professions are involved in long-term care and the legal basis of their cooperation. Future improvement is mainly seen in a clear formulation of training objectives and the creation of a partial license to practice medicine. Overall, there is still a lack of a general legal framework for the cooperation in nursing care that could create legal certainty for those involved. The article also refers to the proposed new regulations within the framework of a nursing professions act. The training objectives and the granting of reserved activities formulated there are seen as a positive contribution to the design of the cooperation in the field of long-term care.

14

## 14.1 Übersicht über die Berufe im Kontext der Pflege in Pflegeeinrichtungen

Die Pflegeberufe werden im Rahmen der Langzeitpflege ganz überwiegend in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen eingesetzt. Die häusliche Pflege durch Einzelpersonen (§ 77 SGB XI) stellt die Ausnahme dar.

Aus der Statistik der deutschen Gesundheitsberichterstattung (letzte Zahlen von 2013)<sup>1</sup> geht hervor, dass in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten neben den

<sup>1</sup> [https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=3&p\\_aid=80210914&nummer=406&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=57844523](https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=80210914&nummer=406&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=57844523) (14. Mai 2015).

Pflegeberufen auch andere Berufe wie Physiotherapie und Ergotherapie oder Sozialarbeiter tätig werden. Überwiegend sind die Berufe der Alten- und Krankenpflege vertreten.

Die nachfolgenden Ausführungen zu den statistischen Angaben entstammen der Pflegestatistik 2013 des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2015).

### 14.1.1 Pflegeheime

Bundesweit gab es im Dezember 2013 rund 13 000 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime. Die Mehrzahl der Heime (54 % bzw. 7 100) befand sich in freigemeinnütziger Trägerschaft; der Anteil der Privaten betrug 41 % (Statistisches Bundesamt 2015, S. 18).

In den Heimen waren insgesamt 685 000 Personen beschäftigt. Dies entspricht bei einer Gewichtung nach der jeweiligen Arbeitszeit ungefähr 491 000 Vollzeit-äquivalenten. Die Mehrzahl (85 %) der beschäftigten Personen war weiblich. Knapp ein Drittel (30 %) der Beschäftigten arbeitete Vollzeit. Teilzeitkräfte machten knapp zwei Drittel (62 %) der Beschäftigten aus. Auszubildende und (Um-)Schüler/-innen stellten 48 000 bzw. 7 % der Beschäftigten. Die Anzahl der Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr bzw. im Bundesfreiwilligendienst betrug zusammen rund 6 100 (1 %). Zudem gab es 3 100 Praktikantinnen und Praktikanten außerhalb einer Ausbildung. Zwei Drittel (66 %) der Beschäftigten hatten ihren Arbeitsschwerpunkt im Bereich Pflege und Betreuung. Jeder Sechste (17 %) arbeitete in der Hauswirtschaft; auf Verwaltung, Haustechnik und sonstige Bereiche entfielen zusammen 9 % der Beschäftigten; zur sozialen Betreuung war 4 % des Personals vorgesehen. Weitere 4 % wurden überwiegend für zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 87b SGB XI (sogenannte Betreuungsassistenz) eingesetzt.<sup>2</sup> Ausschließlich für das Pflegeheim im Rahmen des SGB XI arbeiteten 489 000 Beschäftigte (71 %). Die übrigen Beschäftigten waren zu einem gewissen Anteil auch für andere Bereiche der Einrichtung (z. B. den Altenheimbereich) tätig (Statistisches Bundesamt 2015, S. 19).

In den Heimen waren Altenpfleger/-in oder Gesundheits- und Krankenpfleger/-in die wichtigsten Ausbildungsabschlüsse. Zusammen hatte von den im Bereich Pflege und Betreuung Tätigen fast jeder Zweite (45 %) entweder einen Abschluss als Altenpfleger/-in (34 %), Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (11 %) oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (1 %). Bezieht man neben den Fachkräften für die Pflege auch die für Betreuung ein, sind von den im Bereich Pflege und Betreuung (hier einschließlich soziale Betreuung) eingesetzten Personen insgesamt rund 48 % Fachkräfte, bei einer Betrachtung nach geschätzten Vollzeitäquivalenten

[https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/\\_XWD\\_FORMPROC?TARGET=&PAGE=\\_XWD\\_410&OPINDEX=5&HANDLER=XS\\_RÖTATE\\_ADVANCED&DATACUBE=\\_XWD\\_438&D.000=ACROSS&D.003=DOWN&D.499=DOWN&D.993=DOWN&D.991=PAGE](https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_410&OPINDEX=5&HANDLER=XS_RÖTATE_ADVANCED&DATACUBE=_XWD_438&D.000=ACROSS&D.003=DOWN&D.499=DOWN&D.993=DOWN&D.991=PAGE) (14. Mai 2015).

2 Siehe die Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RI) vom 19. August 2008 in der Fassung vom 29. Dezember 2014. Zum Einsatz von Service-, Assistenz- und Präsenzberufen s. auch die Synopse von Klie et al. 2006.

52%. Als Fachkraft wurden dabei Beschäftigte gezählt, die in der Regel eine mehrjährige spezifische Ausbildung aufweisen; dabei werden z. B. Altenpfleger/-innen als Fachkraft gezählt, Altenpflegehelfer/-innen hingegen nicht (Statistisches Bundesamt 2015, S. 19).

### 14.1.2 Ambulante Pflegedienste

Von den insgesamt 12 700 zugelassenen ambulanten Pflegediensten befand sich die Mehrzahl in privater Trägerschaft (8 100 bzw. 64%); der Anteil der freigemeinnützigen Träger betrug 35%. Öffentliche Träger hatten – entsprechend dem Vorrang der anderen Träger nach dem SGB XI – einen Anteil von lediglich 1%. Fast alle ambulanten Pflegedienste (97%) boten neben den Leistungen nach SGB XI auch häusliche Krankenpflege oder Hilfe nach dem SGB V (gesetzliche Krankenversicherung) an. 10% der Pflegedienste waren organisatorisch an Wohneinrichtungen angeschlossen; 6% an ein Pflegeheim (Statistisches Bundesamt 2015, S. 10).

Insgesamt arbeiteten in den ambulanten Pflegediensten 320 000 Personen im Rahmen des SGB XI. Dies entspricht bei einer Gewichtung nach der jeweiligen Arbeitszeit ungefähr 213 000 Vollzeitäquivalenten. Die Mehrzahl der beschäftigten Personen (87%) war weiblich. Die Mehrheit des Personals (70%) war teilzeitbeschäftigt. 27% der Beschäftigten arbeiteten Vollzeit; 9 800 Auszubildende und Umschüler/-innen stellten 3% des Personals. Rund 800 Arbeitskräfte waren Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr bzw. im Bundesfreiwilligendienst. Zudem gab es 300 Praktikantinnen und Praktikanten außerhalb einer Ausbildung (Statistisches Bundesamt 2015, S. 10).

Der Haupteinsatzbereich des Personals war die Grundpflege: Hier hatten mehr als zwei Drittel (69%) der Beschäftigten ihren Arbeitsschwerpunkt. Als Pflegedienstleitung fungierte 5% des Personals; ein Achtel (12%) des Personals erbrachte hauswirtschaftliche Versorgung; jeder zwanzigste (5%) Mitarbeiter war für die Verwaltung oder Geschäftsführung des Dienstes tätig. Überwiegend häusliche Betreuung erbrachte 3% des Personals. Ausschließlich für den Pflegedienst im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) arbeitete lediglich ein Viertel (24%) des Personals. Die Anderen waren zu einem gewissen Anteil auch für andere Bereiche, d. h. außerhalb der Leistungen nach dem Pflegegesetz – z. B. der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V – tätig (Statistisches Bundesamt 2015, S. 10).

Die meisten in den ambulanten Pflegediensten Beschäftigten hatten dabei eine Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in oder Altenpfleger/-in. So hatte die Mehrzahl (57%) von den in der Grundpflege Tätigen entweder einen Abschluss als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (28%), Altenpflegerinnen und -pfleger (26%) oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (3%). Bezieht man die Pflegedienstleitung ein, dann hatten 60% der in diesen beiden Bereichen Tätigen einen entsprechenden Abschluss (Statistisches Bundesamt 2015, S. 11).

## 14.2 Rechtliche Grundlagen der Zusammenarbeit der Berufe

### 14.2.1 Notwendigkeit rechtlicher Grundlagen für die Zusammenarbeit der Berufe im Kontext der Pflege

Auf dem Gebiet der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung werden die entsprechenden Dienstleistungen am Patienten/Verbraucher (= persönliche Gesundheitsdienstleistungen) nicht von beliebigem Personal in beliebigen Konstellationen erbracht (Igl 2013, S. 372 ff.). Vor dem verfassungsrechtlichen Hintergrund des gesundheitlichen Schutzes der Bevölkerung und des Patientenschutzes sind rechtliche Regulierungen getroffen worden, nach denen bestimmte Personen mit bestimmten Kompetenzen ausgestattet werden und nach denen diese Personen für die Patientenversorgung eingesetzt werden. In der Kooperation solcher Personen ergeben sich Fragen danach, wer was wann und wie machen kann, muss, darf oder soll. Weiter ergibt sich die Frage, wer das Kooperationsgeschehen koordinierend bestimmen soll.

Damit sind Kooperationsfragen im Kontext der Pflege in drei rechtlichen Dimensionen zu sehen:

- in der Dimension der Ausbildung und der dadurch vermittelten Kompetenzen,
- in der Dimension der Zuständigkeit bestimmter Personen für bestimmte Aufgaben und Tätigkeiten und
- in der Dimension der Organisation und Organisationszuständigkeit für die Koordinierung der kooperierenden Personen.

Fragen der Kooperation von Gesundheitsberufen werden oft nur unter dem Aspekt der zivilrechtlichen Haftung gesehen. Das hat dazu geführt, dass das Haftungsrecht häufig die Bestimmung der Kooperationsregeln dominiert. Ablesbar ist dies besonders bei der Delegation ärztlicher Aufgaben und Tätigkeiten an andere Gesundheitsberufe.

Die rechtliche Ordnung der Kooperationsverhältnisse und des Kooperationsgeschehens nur aus dem Blickwinkel des Haftungsrechts erweist sich jedoch als problematisch, denn das Haftungsrecht reagiert auf negative Situationen, d. h. auf eingetretene Schädigungen. Haftungsrecht ist sehr stark von Einzelfällen geprägt, die höchststrichterlich entschieden werden. Deshalb besteht die Schwierigkeit, aus den Einzelfallentscheidungen allgemeine Grundsätze abzuleiten, die dann die Kooperationsregeln prägen sollen. Das Haftungsrecht erlangt dann Dominanz für die Etablierung solcher Kooperationsregeln, wenn es an anderweitigen rechtlichen Vorschriften fehlt.

Mittlerweile sind in einigen Bereichen (öffentlich-)rechtliche Vorschriften zur Kooperation von Gesundheitsberufen geschaffen worden. Man kann jedoch feststellen, dass der Bereich der Kooperation nach wie vor eher regelungsarm ist und dass Kooperationsvorschriften vor allem bei der Delegation ärztlicher Leistungen bestehen.

## 14.2.2 Strukturierung des Gesundheitsberuferechts: direktes und indirektes Beruferecht mit Blick auf Kooperation und Koordination im Versorgungsgeschehen

### Unterscheidung von direktem und indirektem Berufsrecht

Das Recht der Gesundheitsberufe folgt keinem einheitlichen, an bestimmten systematischen Erfordernissen ausgerichteten Plan oder Muster. Es ist nicht zusammenhängend in einem Gesetzbuch kodifiziert, sondern besteht aus vielen Einzelgesetzen. Es bedarf deshalb der Strukturierung.

Im Recht der Gesundheitsberufe kann zwischen direktem und indirektem Beruferecht unterschieden werden. Diese Unterscheidung dient dazu, die verschiedenen Regelungsbereiche, die sich mit den Gesundheitsberufen befassen, zu ordnen. Da sich diese Unterscheidung mit dieser Terminologie noch nicht überall eingebürgert hat, ist darauf hinzuweisen, dass in der Fachliteratur beim direkten Berufsrecht häufig nur vom Berufsrecht, beim indirekten Berufsrecht dann von den betreffenden Rechtsbereichen, so vor allem vom Sozialleistungsbringungsrecht, meistens dem SGB V, gesprochen wird.

Erst in der Zusammenschau der Vorschriften des direkten und des indirekten Berufsrechts ergibt sich ein vollständiges Bild der rechtlichen Ordnung, die das Handeln der Gesundheitsberufe bestimmt. In der Praxis sind dabei die leistungserbringungsrechtlichen Vorschriften des Sozialleistungsrechts für das Handeln der Gesundheitsberufe in der Regel bedeutsamer als die Vorschriften des direkten Berufsrechts (Igl und Welti 2014 S. 44 ff.). Für die Fragen der Kooperation und der Koordination kommt es wesentlich darauf an, ob entsprechende Regelungen dem direkten oder dem indirekten Berufsrecht zuzuordnen sind (Igl und Welti 2014, S. 94 ff.).

### Direktes Berufsrecht

Zum direkten Berufsrecht gehören in erster Linie die Berufsausbildung, die Berufszulassung, die Berufsausübung und deren Beendigung, sodann die Verfassung der Berufe z. B. in Kammern, die Berufsordnung, schließlich die Vergütung der Leistungen außerhalb des sozialrechtlichen Leistungserbringungssystems, so durch Gebührenordnungen, und die Beendigung des Berufes.

### Indirektes Berufsrecht – allgemein

Mit dem indirekten Berufsrecht ist dasjenige Recht gemeint, das mit seinen Regelungen an den Berufen anknüpft, aber keine direkten Auswirkungen auf den berufsrechtlichen Status hat. Indirektes Berufsrecht findet sich bei Heilberufen vor allem im Sozialleistungsrecht (Leistungserbringungsrecht) und dort besonders in der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI). Hier werden vor allem im Rahmen des Leistungserbringungsrechts<sup>3</sup> Regelungen für die berufliche Tätigkeit der Heilberufe getroffen. Neben den Vorschriften des Leistungserbringungsrechts sind die leistungsrechtlichen Vorschriften

<sup>3</sup> Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern, §§ 69–140h SGB V; Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern, §§ 69–81 SGB XI.

zu nennen, nach denen sich bestimmt, welche Leistungen ein Leistungserbringer für Versicherte zulasten der Kranken- oder Pflegekasse erbringen darf.

Das zivile Haftungsrecht und das Strafrecht beeinflussen die Berufsausübung ebenfalls indirekt. Hier handelt es sich um Rechtsvorschriften, die alle Bürger, nicht nur die Heilberufe betreffen, die aber durch die Rechtsprechung gerade in Bezug auf Ärzte eine besondere Ausprägung gefunden haben. So hat sich ein haftungsrechtliches Sondergebiet entwickelt, das als Arzthaftungsrecht bezeichnet wird. Seit Anfang 2013 existiert mit dem neu ins Bürgerliche Gesetzbuch eingefügten Behandlungsvertrag eine spezielle Regelung für die vertragliche Gestaltung bei medizinischer Behandlung (§§ 630a ff. BGB).

### **Indirektes Beruferecht im Sozialleistungserbringungsrecht**

Der Zugang zum Leistungserbringungsrecht im SGB V und im SGB XI erschließt sich am besten mit einer Unterscheidung gemäß den Funktionen des Leistungserbringungsrechts: Zulassung zur Leistungserbringung; Art des Zugangs zur Leistungserbringung Leistungsgestaltung (Leistungseinschluss/Leistungsausschluss, Konkretisierung des Inhalts und des Umfangs); Qualitätssicherung; Vergütung; Beendigung des Zugangs zur Leistungserbringung; Nutzerstellung bei der Leistungserbringung.

## **14.2.3 Regulierung des Einsatzes bestimmter Berufe auf dem Gebiet der Langzeitpflege**

### **Voraussetzungen für ein berufliches Tätigwerden im Versorgungsbereich Langzeitpflege**

Die Voraussetzungen für ein berufliches Tätigwerden im Versorgungsbereich Langzeitpflege hängen im Wesentlichen von Vorschriften ab, die den Einsatz von Personal in qualitativer und quantitativer Hinsicht vorgeben. Diese Vorschriften richten sich an die Träger entsprechender Versorgungseinrichtungen, also insbesondere an die Träger von Pflegeeinrichtungen. Sie finden sich in der Regel in den Nachfolgesetzen der Länder zum Heimgesetz des Bundes und im Rahmen des SGB XI in den Vorgaben zum Abschluss eines Versorgungsvertrages.

Im Übrigen gibt es keine Vorschriften, die die Zulassungsfähigkeit zur pflegerischen Betreuung und Versorgung mit Blick auf bestimmte Berufe regeln.

### **Heimrecht der Länder**

In der Heimpersonalverordnung des Bundes zum Heimgesetz<sup>4</sup> ist in § 5 Abs. 1 die sog. Fachkraftquote geregelt, nach der betreuende Tätigkeiten nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden dürfen. Hierbei muss mindestens einer, bei mehr als 20 nicht pflegebedürftigen Bewohnern oder mehr als vier pflegebedürftigen Bewohnern mindestens jeder zweite weitere Beschäftigte eine Fachkraft sein. In Heimen mit pflegebedürftigen Bewohnern muss auch bei Nachtwachen mindestens eine Fachkraft ständig anwesend sein. Die

<sup>4</sup> Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (Heimpersonalverordnung – HeimPersV) vom 19.07.1993.

Fachkraftquote benennt nicht spezifische Berufe, wie z. B. Angehörige der Alten- und Krankenpflegeberufe.

In den auf das Heimgesetz folgenden Gesetzen der Länder wird teilweise auf diese Fachkraftquote Bezug genommen (siehe dazu Dahlem und Giese (Begr.), Igl (Hrsg.) 2009 ff.).

Fachkraftquoten sagen nichts über die Zusammenarbeit der verschiedenen im Kontext der Langzeitpflege tätigen Berufe aus.

### **Leistungserbringungsrecht des SGB XI**

Auf dem Gebiet der pflegerischen Versorgung wird der Einsatz des entsprechenden Personals einerseits durch die Anforderungen nach der Pflegeversicherung geregelt, die sich im jeweiligen Versorgungsvertrag zwischen der Pflegeeinrichtung und den Pflegekassen konkretisieren (§ 72 SGB XI).

Die entsprechenden Gemeinsamen Empfehlungen zu den Inhalten der Rahmenverträge, die wiederum für die Versorgungsverträge verbindlich sind, enthalten keine Hinweise auf den Einsatz von Personal jenseits des pflegerischen Personals.<sup>5</sup> Das Gleiche gilt für die Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI. In den Pflege-satzvereinbarungen, die die Vergütung der stationären Pflegeeinrichtungen regeln, sind Regelungen über die vorzuhaltende personelle Ausstattung zu treffen (§ 84 Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB XI). Das Gesetz liefert jedoch keine Hinweise, welches Gesundheitsfachpersonal vorzuhalten ist.

### **Zulassungsfähigkeit von bestimmten Berufen: Kein allgemeines Zulassungsrecht für eine berufliche Tätigkeit auf dem Gebiet der Langzeitpflege**

Es existieren keine gesetzlichen Regelungen, die speziell bezogen auf einen bestimmten Beruf eine berufliche Tätigkeit auf dem Gebiet der Langzeitpflege in bestimmter Weise zulassen oder die Personen dafür ausschließen. Das bedeutet, dass es keinen exklusiven Berufsvorbehalt gibt. Wenn künftig – wie im Referentenentwurf zum Pflegeberufsgesetz vorgesehen – dem Pflegeberuf für bestimmte Tätigkeiten bei der Gestaltung des Pflegeprozesses ein Vorbehalt eingeräumt wird, ergibt sich daraus allerdings eine indirekte Berufszulassung für diesen Beruf auf dem Gebiet der Pflege. Die Einräumung einer vorbehaltenen Tätigkeit stellt sich weiter als – abgrenzende – Kooperationsvorschrift dar, denn die Zuweisung von bestimmten Tätigkeiten an bestimmte Berufsangehörige bedeutet gleichzeitig die Klarstellung, dass andere Berufe von dieser Tätigkeit ausgeschlossen sind.

<sup>5</sup> Gemeinsame Empfehlungen gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI ([http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/rahmenvertraege\\_richtlinien\\_und\\_bundesempfehlungen/P75VOV9.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/rahmenvertraege_richtlinien_und_bundesempfehlungen/P75VOV9.pdf); [http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/rahmenvertraege\\_richtlinien\\_und\\_bundesempfehlungen/75AMB.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/rahmenvertraege_richtlinien_und_bundesempfehlungen/75AMB.pdf); 14. Mai 2015).

## 14.2.4 Rechtlich regulierte Formen der Kooperation und Koordination der Berufe im Kontext der Pflege

### Im direkten Berufsrecht

#### Charakteristika des direkten Berufsrechts der anderen als ärztlichen Heilberufe und der anderen Gesundheitsberufe auf dem Gebiet der Langzeitpflege

Das direkte Berufsrecht der anderen als ärztlichen Heilberufe findet sich vor allem in den jeweiligen Heilberufegesetzen. Hier ist das Ausbildungs-, Prüfungs- und Berufszulassungsrecht geregelt. Berufsordnungen, wie sie bei den verkammerten Heilberufen üblich sind, finden sich teilweise nur landesrechtlich geregelt. Die Heilberufegesetze als Bundesgesetze enthalten wegen der fehlenden Gesetzgebungskompetenz (vgl. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG) jedoch keine Berufsausübungsregelungen. Kooperationsvorschriften stellen aber Berufsausübungsregelungen dar. Auch die landesrechtlichen Berufsordnungen enthalten keine Aussagen zur Kooperation von Heilberufen.

Das Berufsrecht der anderen, nicht heilberuflichen Gesundheitsberufe ist landesrechtlich geregelt.

Aussagen zur Kooperation der Gesundheitsberufe finden sich im direkten Berufsrecht nur insoweit, als in den Ausbildungszielen auf die Kooperation hingewiesen wird. Als Kooperationsvorschrift im abgrenzenden Sinn kann der geplante Vorbehalt pflegerischer Tätigkeiten im Pflegeberufsgesetz gelten.

#### Ausbildungsziele der anderen als ärztlichen Heilberufe

Die in den Heilberufegesetzen teilweise vorhandenen Ausbildungsziele bestimmen die Ausbildungsinhalte. Sie sagen damit nur indirekt etwas über die Tätigkeiten aus, die später beruflich ausgeübt werden sollen. Allerdings verfügen nicht alle Heilberufegesetze über Ausbildungsziele.

Die neueren Berufsgesetze, so das KrPflG und das AltPflG sowie künftig das PflBG sind in der Formulierung der Ausbildungsziele sehr klar. Dabei werden neben der Nennung der Gegenstände der Ausbildungsziele auch die Formen der Aufgabenwahrnehmung (z. B. eigenverantwortlich/mitwirkend) genannt. Auch wird auf die Kooperation mit anderen Berufsgruppen hingewiesen, so in § 3 S. 2 Nr. 2 AltPflG und in § Abs. 2 Nr. 2 KrPflG.

Für andere in der Langzeitpflege tätigen Heilberufe werden in den Heilberufegesetzen Ausbildungsziele zum Teil nicht (Ergotherapeuten, Logopäden), zum Teil in präzisierungsbedürftiger Fassung (Physiotherapeuten) angegeben.

Auch im künftigen Pflegeberufsgesetz finden sich klare Aussagen zu den jeweiligen Formen des Tätigwerdens (siehe Abdruck der Vorschrift im nächsten Abschnitt „Vorbehaltene Tätigkeiten“).

#### Vorbehaltene Tätigkeiten

Der Begriff der vorhaltenen Tätigkeiten, wie er sich in § 4 Abs. 1 S. 1 HebG und § 9 MTAG findet, ist missverständlich, da er zur Assoziation einer ausschließlich durch den jeweiligen Heilberuf auszuführenden Tätigkeit verleitet (Igl 2008, S. 114 ff.). Dies ist aber nicht der Fall. Bei den Hebammen sind die Ärzte als weiterer Beruf genannt. Bei den medizinisch-technischen Assistenten bestehen ebenfalls Ausnah-

men (Igl 2010, S. 47 ff.). Außerdem dürfen nicht beruflich tätige Personen diese Tätigkeiten ausüben.

Im Referentenentwurf zum Pflegeberufsgesetz (PflBG) ist folgende Vorschrift zu den vorbehaltenen Tätigkeiten vorgesehen:

#### § 4

##### Vorbehaltene Tätigkeiten

- (1) Pflegerische Aufgaben nach Absatz 2 dürfen nur von Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 erbracht werden.
- (2) Die pflegerischen Aufgaben im Sinne des Absatz 1 umfassen
  1. die Erhebung und Feststellung Pflegebedarfs nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a),
  2. die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe b) sowie
  3. die Analyse, Evaluation, Sicherung, und Entwicklung der Qualität der Pflege nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe d).

Die in Bezug genommenen Vorschrift des § 5 Abs. 3 lautet:

- (3) Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen
  1. die folgenden Aufgaben selbstständig auszuführen:
    - a) Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege,
    - b) Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses,
    - c) Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen,
    - d) Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,
    - e) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen,
    - f) Erhaltung, Wiederherstellung, Förderung, Aktivierung und Stabilisierung individueller Fähigkeiten der zu Pflegenden insbesondere im Rahmen von Rehabilitationskonzepten sowie die Pflege und Betreuung bei Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten,
    - g) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes und Durchführung von Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,
    - h) Anleitung, Beratung und Unterstützung von anderen Berufsgruppen und Ehrenamtlichen in den jeweiligen Pflegekontexten sowie Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen;
  2. ärztlich angeordnete Maßnahmen eigenständig durchzuführen, insbesondere Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation;
  3. interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen fachlich zu kommunizieren und effektiv zusammenzuarbeiten und dabei individuelle multidisziplinäre

und berufsübergreifende Lösungen bei Krankheitsbefunden und Pflegebedürftigkeit zu entwickeln sowie teamorientiert umzusetzen.

### **Kooperationsregelungen mit anderen als ärztlichen Berufen in den Berufsordnungen der Ärzte**

Die Berufsordnungen der Ärzte enthalten Vorschriften zur Kooperation mit anderen Heilberufen. Diese Berufsordnungen fußen auf der Muster-Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte (M-BOÄ 1997), die von der Bundesärztekammer erstellt wird. Allerdings geht es hier nur um die Zulässigkeit der Kooperation zwischen Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe in medizinischen Kooperationsgemeinschaften (§ 23b M-BOÄ).

#### **Im indirekten Berufsrecht**

##### **Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf das Pflegepersonal**

In der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013<sup>6</sup> werden Anforderungen an die für die Delegation ärztlicher Leistungen in Betracht kommenden nicht ärztlichen Mitarbeiter in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung geregelt (§ 1 der Vereinbarung). Hier wird zunächst festgestellt, welche Leistungen nicht delegierbar sind (§ 2 der Vereinbarung): Der Arzt darf Leistungen, die er aufgrund der erforderlichen besonderen Fachkenntnisse nur persönlich erbringen kann, nicht delegieren. Dazu gehören insbesondere Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidungen über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien und operativer Eingriffe.

Weiter werden die allgemeinen Anforderungen an die Delegation geregelt (§ 4 der Vereinbarung):

„(1) Der Arzt entscheidet, ob und an wen er eine Leistung delegiert.

(2) Der Arzt hat sicherzustellen, dass der Mitarbeiter aufgrund seiner beruflichen Qualifikation oder allgemeinen Fähigkeiten und Kenntnisse für die Erbringung der delegierten Leistung geeignet ist (Auswahlpflicht). Er hat ihn zur selbständigen Durchführung der zu delegierenden Leistung anzuleiten (Anleitungspflicht) sowie regelmäßig zu überwachen (Überwachungspflicht). Die Qualifikation des Mitarbeiters ist ausschlaggebend für den Umfang der Anleitung und der Überwachung.“

Damit sind Voraussetzungen und Anforderungen an die Delegation bestimmt.

<sup>6</sup> Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag Ärzte: Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013 (Stand: 1. Januar 2015) sowie Anhang zur Anlage 24 des BMV-Ä Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen. Im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (wie Fn. 9) ist als Neuregelung zu § 87 Abs. 2a SGB V vorgesehen, dass überprüft werden soll, in welchem Umfang delegationsfähige Leistungen durch Personen nach § 28 Abs. 1 S. 2 qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden sollen (Deutscher Bundestag, Drucksache 18/4095, S. 19).

## Ärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen

Die ärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen ist erst im Jahr 2008 Gegenstand gesetzlicher Regelungen geworden. Diese wurden erforderlich, weil die Pflegeheime bislang keine eigenen Ärzte anstellen durften. Die Pflegebedürftigen waren darauf angewiesen, dass ihr eigener Arzt in die Pflegeeinrichtung kam. Jetzt ist es möglich, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen.<sup>7</sup> Wenn diese nicht zustande kommen, kann die Pflegeeinrichtung selbst zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden. Hierzu kann sie Ärzte mit geriatrischer Fortbildung anstellen (§ 119b SGB V). Die Pflegebedürftigen sind aber nicht verpflichtet, einen solchen Arzt in Anspruch zu nehmen. Die Freiheit der Arztwahl besteht weiter.

Die vollstationären Pflegeeinrichtungen sind seit 2014 verpflichtet, bei den Qualitätsprüfungen darüber zu informieren, wie ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in den Einrichtungen geregelt ist (§ 114 Abs. 1 SGB XI). Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sind über die Versorgung zu informieren (§ 115 Abs. 1b SGB XI). Diese Regelungen enthalten aber keine Kooperationsvorschriften.

## Koordinierende Aufgaben der Pflegestützpunkte

Zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte zählt die Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen (§ 92c Abs. 2 SGB XI).

## Modellvorhaben (§ 63 Abs. 3c SGB V)

Die Richtlinie nach § 63 Abs. 3c Satz 3 SGB V liegt mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V)<sup>8</sup> vor.

Im Allgemeinen Teil der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V wird festgehalten, was unter selbstständiger Ausübung von Heilkunde zu verstehen ist (§ 2 und § 3). Von Bedeutung ist hier die vorangehende ärztliche Diagnose und Indikationsstellung sowie die Begrenzung der selbstständigen Heilkundeausübungsbefugnis durch anderweitige entgegenstehende Entscheidungen oder Maßnahmen eines Arztes zur Vermeidung einer kontraindizierten Behandlung (§ 3 Abs. 2 der Richtlinie). Eine

7 Siehe dazu die Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen (Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte vom 1. Januar 2015).

8 In der Fassung vom 20.10.2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 46 (S. 1128) vom 21.3.2012, berichtigt in Nr. 50 (S. 1228) vom 28.3.2012). Hierzu Achterfeld 2014, S. 272 ff.; Bohne 2012, S. 262 ff.; Heberlein 2012a, S. 67 ff.; Heberlein 2012b, S. 153 ff.; Heberlein 2012c, S. 75 ff.; Roters 2009, S. 171 ff.

besondere Kooperationsanforderung ist in der Verpflichtung zu sehen, die in § 3 Abs. 3 der Richtlinie geregelt ist:

„Sofern die Berufsangehörigen nach § 1 Abs. 1 zu Erkenntnissen kommen, die einer Vornahme der ihnen auf der Grundlage dieser Richtlinie übertragenen ärztlichen Tätigkeiten entgegenstehen oder die die ärztliche Diagnose und Indikationsstellung betreffen, ist umgehend der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin dokumentiert zu informieren.“

Aus den Vorschriften des Allgemeinen Teils der Richtlinie wird deutlich, dass es hier nicht um eine Frage der Delegation oder Substitution von ärztlichen Tätigkeiten geht, sondern um eine sachgerechte Abstimmung der Leistungserbringung.

Im Besonderen Teil enthält die Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V diagnose- und prozedurenbezogen die übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten, wobei jeweils die übertragbare ärztliche Tätigkeit, deren Art und Umfang sowie die Qualifikationsanforderungen nach § 4 KrPflG bzw. AltPflG genannt werden. Bei den diagnosebezogenen Tätigkeiten kommt noch die Beschreibung der Diagnose hinzu.

Die Richtlinie ist bis jetzt nicht in die Praxis umgesetzt worden. Aus diesem Grund sind im Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung Vorkehrungen vorgesehen, dieser Situation abzuwehren.<sup>9</sup>

### **Besondere Versorgung (Integrierte Versorgung)**

Da im Leistungserbringungsrecht des SGB V die Aufgaben und Zuständigkeiten der jeweiligen Krankenkassen und der Leistungserbringer abschließend gesetzlich geregelt sind, bedarf es ebenfalls einer gesetzlichen Regelung im Sinne einer Ermächtigung für den Fall, dass Versorgungsgrenzen überwunden werden sollen. Dazu dienen die Vorschriften zur Besonderen Versorgung (§ 140a SGB V; § 92b SGB XI).

Die Krankenkassen können deshalb Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit bestimmten leistungserbringenden Vertragspartnern abschließen.

Die Integrierte Versorgung hat in der Praxis nicht die erhofften Wirkungen gezeigt (Knieps et al. 2015, S. 247). Insbesondere in Richtung auf die Einbeziehung von Pflegeeinrichtungen sind nur verhältnismäßig wenige Versorgungsverträge zu verzeichnen.

### **Zusammenfassung zu den rechtlichen Kooperationsregelungen im Kontext der Langzeitpflege**

In der medizinrechtlichen Debatte um die Gestaltung von Kooperationsverhältnissen wird unterschieden zwischen horizontaler und vertikaler Kooperation, wobei

<sup>9</sup> Mit Art. 9 und 10 des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) sind das KrPflG und das AltPflG geändert worden. Diese Änderungen zu § 4 KrPflG und § 4 AltPflG betreffen die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V. Danach soll der Gemeinsame Bundesausschuss für die Tätigkeiten, die er in der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V festgelegt hat, für die zusätzliche Ausbildung standardisierte Module entwickeln.

unter horizontaler Kooperation die Ebene der fachlich vergleichbaren Qualifikation und unter vertikaler Kooperation das Verhältnis zwischen fachlich ungleichen (höheren/niedrigeren) Qualifikationen verstanden wird. Diese Debatte ist vor allem von der Situation im Krankenhaus geprägt. Eine vergleichbare Debatte findet sich für die Kooperationsverhältnisse bei der Versorgung in der Langzeitpflege nicht, obwohl beim hier eingesetzten Personal die Qualifikationsarten und -stufen ebenfalls sehr unterschiedlich sein können.

Die Koordination des Versorgungsgeschehens obliegt in der Langzeitpflege in der Regel der Pflegedienstleitung, ausgeübt von der leitenden Pflegefachkraft im Sinne des § 71 SGB XI. Ob und inwieweit die Pflegedienstleitung auch koordinierend für den Einsatz anderen heilberuflichen Gesundheitsfachpersonals, z. B. von Ergo- und Physiotherapeuten, zuständig und damit auch verantwortlich ist oder ob dies der Einrichtungsleitung oder auch individuell dem Arzt obliegt, ist gesetzlich nicht geregelt.

Die weitgehende Abwesenheit von Regelungen der Kooperationsverhältnisse und von Regelungen ihrer Koordination in Einrichtungen der Langzeitpflege darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass bei Schädigungen von pflegebedürftigen Menschen das Haftungsrecht greift. Für den Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung ist dies ähnlich der Haftungssituation beim Krankenhausbehandlungsvertrag insofern weniger problematisch, als der Vertragspartner der Träger der Pflegeeinrichtung – der Unternehmer im Sinne des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes (WBG) – ist. Da auch bei der ambulanten Pflege in der Regel eine Pflegeeinrichtung Vertragspartner ist und keine Einzelpflegeperson, ist die haftungsrechtliche Situation hier vergleichbar. Problematisch ist jedoch, ob die Haftungsregeln, die bis zur Einführung des Behandlungsvertrages in §§ 630a ff. BGB für die medizinische Behandlung gegolten haben, auch direkt auf die pflegerische Versorgung und Betreuung im Rahmen des WBG anwendbar sind.

## 14.3 Veränderungsbedarfe

### 14.3.1 Direktes Berufsrecht

#### Entsprechende Formulierung der Ausbildungsziele

Der wichtigste Veränderungsbedarf in Richtung auf eine angemessene und praxistaugliche rechtliche Gestaltung von Kooperationsverhältnissen in der Langzeitpflege liegt in der klaren Definition von Zuständigkeiten/Kompetenzen/Qualifikationen der anderen als ärztlichen Heilberufe, also insbesondere der Pflegeberufe, in den jeweiligen Heilberufsgesetzen. Auch wenn die Ausbildungsziele in den Heilberufsgesetzen keinen direkten Rückschluss auf die Berufsausübung zulassen, so helfen sie doch, das jeweilige Verständnis von Qualifikationen und Kooperationsanforderungen im jeweiligen Heilberuf zu klären und damit auch für die Berufsausübung förderlich zu sein. Die in § 5 PflBG formulierten Ausbildungsziele können fast schon als Anschauungsmaterial hierfür dienen. Ähnliches gilt im Übrigen für die Ausbildungsziele der Notfallsanitäter (§ 5 NotSanG). Wenn künftig auch die anderen an der Langzeitpflege beteiligten Heilberufe über vergleichbar präzise und

sachadäquat formulierte Ausbildungsziele verfügen, könnte dies auch in Hinblick auf die Kooperationsverhältnisse positive Wirkungen erzeugen.

### **Teilapprobation**

Im Zusammenhang der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V sind in den entsprechenden Heilberufegesetzen Vorschriften eingefügt worden, die man in ihrer Funktion als Teilapprobation für die Ausübung von Heilkunde verstehen kann (§ 1 Satz 1 AltPflG; § 1 Abs. 1 Satz 2 KrPflG). Diese Vorschriften ermächtigen die Berufsangehörigen, die über entsprechende Kompetenzen im Rahmen der Modellvorhaben verfügen, zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten. Das heißt auch, dass diese Berufsangehörigen selbstständig auf diesen Gebieten tätig werden können. Insgesamt ist zu fragen, ob künftig die Heilberufegesetze für die Gesundheitsfachberufe nicht Teilapprobationen für die ihren Kompetenzen entsprechenden heilkundlichen Gebiete erhalten sollen (Igl 2013, S. 353 f., 367 ff.).

### **Vorbehaltene Tätigkeiten**

Die Einräumung vorbehaltener Tätigkeiten sollte mit Bedacht geschehen. Das Bundesverfassungsgericht hat im Altenpflegeurteil eine Einräumung vorbehaltener Tätigkeiten nur für eng abgrenzbare und damit genau definierbare Tätigkeiten für möglich gehalten (BVerfG, Urt. v. 24.10.2001 – 2 BvF 1/01, juris Rn. 251).

### **Allgemeine Vorschriften zur Gestaltung der Kooperation**

In einem – noch zu schaffenden – Allgemeinen Heilberufegesetz könnten auch allgemeine Rahmenvorschriften zur Gestaltung der Kooperation und Koordination im Leistungsgeschehen Eingang finden (Igl 2013, S. 420 ff.). Damit könnte mehr rechtliche Klarheit für die Berufsangehörigen und auch für die in den Einrichtungen Organisationsverantwortlichen erzeugt werden.

### **14.3.2 Indirektes Berufsrecht**

In der Gestaltung von Kooperation und Koordination in der Langzeitpflege ist anders als auf dem Gebiet der gesetzlichen Krankenversicherung keine Arztdominanz im Sinne einer Steuerung des gesamten Leistungsgeschehens durch den Arzt zu verzeichnen. Davon zu unterscheiden ist die Situation, wenn bei der häuslichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen auch der Arzt impliziert ist, also wenn etwa auch häusliche Krankenpflege als Sicherungspflege stattfindet (§ 37 Abs. 2 SGB V). Welche rechtlichen Veränderungsbedarfe hier gegeben sind, kann nicht allgemein festgestellt werden.

## **14.4 Zusammenfassung**

Die Kooperation und Koordination des Leistungsgeschehens in der Langzeitpflege wird wesentlich bestimmt von den jeweiligen Kompetenzen der Berufsangehörigen, wie sie sich in den Ausbildungszielen der Heilberufegesetze niedergeschlagen haben. Die im Entwurf eines Pflegeberufgesetzes geplante Einführung vorbehalte-

ner Tätigkeiten für den Pflegeberuf und die Formulierung der Ausbildungsziele erlauben künftig eine klarere Zuweisung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für den Pflegeberuf. Davon abgesehen wären auch allgemeine Vorschriften zur Kooperation und Koordination im Leistungsgeschehen der Langzeitpflege wünschenswert. Solche Vorschriften könnten in einem – noch zu schaffenden – Allgemeinen Heilberufegesetz ihren Platz finden.

## Literatur

- Achterfeld C. Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen. Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen. Kölner Schriften zum Medizinrecht, Band 15. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag 2014.
- Bohne K. Delegation ärztlicher Tätigkeiten. Frankfurt am Main: Peter Lang 2012. Zugl.: Universität Halle-Wittenberg, Diss. 2011.
- Dahlem O, Giese D (Begr); Igl G (Hrsg). Heimrecht des Bundes und der Länder. Köln: Luchterhand 2009 ff.
- Heberlein I. Neuordnung der Verantwortungen in der Heilkunde? Die Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB 5 zwischen Substitution und Delegation und die Folgen – 1. Teil. Pflgerecht (PflR). 2012a; 67–81.
- Heberlein I. Neuordnung der Verantwortungen in der Heilkunde? Die Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB 5 zwischen Substitution und Delegation und die Folgen – 2. Teil. Pflgerecht (PflR). 2012b; 143–57.
- Heberlein I. Arzthaftung bei Modellvorhaben nach § 63 Abs 3c SGB V – Delegation impliziert Haftung! Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht (ZMGR). 2012c; 75–84.
- Igl G. Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit – Voraussetzungen und Anforderungen. München: Urban & Vogel 2008; 169.
- Igl G. Öffentlich-rechtliche Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe und ihrer Tätigkeit auf den Gebieten der Diätetik, der Medizintechnik, der Orthoptik und der Pharmazie. München: Urban & Vogel 2010.
- Igl G. Gesundheitsberufe neu regeln. Rechtsexpertise. Arbeitsgruppe der Robert Bosch Stiftung Gesundheitsberufe neu denken. Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg). Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart 2013; 235–431.
- Igl G, Welti F (Hrsg). Gesundheitsrecht. Eine systematische Einführung. München: Franz Vahlen 2014. 2. neuarbeitete Auflage.
- Klie T, Guerra V. Synopse zu Service-, Assistenz- und Präsenzberufen in der Erziehung, Pflege und Betreuung (Care). Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg). Stuttgart 2006.
- Knieps F, Reiners H. Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen. Bern: Hans Huber 2015.
- Roters D. Risse im Arztvorbehalt? Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB 5. Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht (ZMGR) 2009: 171–6.
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2015.

This page intentionally left blank

# 15 Internationale Fachkräfte in der Pflege

Grit Braeseke und Holger Bonin

## Abstract

Das Ausmaß des zu erwartenden Fachkräftemangels in der Pflege zwingt die Unternehmen, viele Maßnahmen zur Personalgewinnung und -bindung parallel in Angriff zu nehmen. Die Rekrutierung von Fachkräften aus dem Ausland ist dabei ein wichtiger Baustein. Die Zuwanderung von Pflegekräften unterliegt einigen rechtlichen Besonderheiten und wurde erst 2013 entscheidend erleichtert. Aufgrund der Zugehörigkeit zu den Heilberufen bestehen zusätzliche Regelungen hinsichtlich der Berufszulassung. Der Anteil ausländischer Fachkräfte war in der Pflege im Branchenvergleich 2013 noch relativ gering, er entwickelt sich in jüngster Zeit jedoch sehr dynamisch – nicht zuletzt aufgrund zahlreicher Rekrutierungsbemühungen der Branche in Europa. Die Erfahrungen von Unternehmen mit Pflegefachkräften aus dem Ausland sind, wie eine aktuelle Umfrage der Bertelsmann Stiftung (2015) ergab, gemischt. Insbesondere mangelnde Praxiserfahrung wird genannt, die jedoch auf der anderen Seite durch eine hohe Einsatzbereitschaft und soziale Kompetenz zum Teil ausgeglichen wird. Eindeutig ist die Bewertung der Einrichtungen, was den hohen Aufwand der Auslandsrekrutierung betrifft.

Due to the lack of staff in the health and long-term care sector the service providers will have to implement different strategies in human resource management in order to better retain health personnel and to recruit additional staff. International recruitment is one important measure. Although labour migration in the health sector has a long tradition in Germany, some legal restrictions for the recruitment of nurses were only removed in 2013. Until then, the share of international workforce in nursing care was rather low compared to other sectors. But this is changing now: Many initiatives and co-operations with European countries as well as some Asian states are under way and the share of foreign born and trained nurses is rising, especially in elderly care. However, according to a recent representative telephone survey conducted by Bertelsmann Stiftung (2015), the experiences made with foreign nurses so far are mixed. Migrant nurses often have little practical experience, but their motivation and social competences are high. The companies unanimously state that it takes a lot of time and effort to properly integrate foreign staff.

## 15.1 Rechtliche Rahmenbedingungen zur Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte

### 15.1.1 Aufenthalts- und arbeitsrechtliche Regelungen

Aufgrund restriktiver Zuwanderungsregelungen war es in Deutschland bis zur Reform der Beschäftigungsverordnung im Jahr 2013 nur in Ausnahmefällen möglich, Pflegekräfte aus dem Ausland zu beschäftigen. So galten etwa die als Gesundheits- und Krankenpflegerinnen angeworbenen indischen Ordensschwwestern nicht als reguläre Arbeitnehmerinnen. Ansonsten konnten Pflegekräfte von außerhalb der EU nur im Rahmen gesonderter Vermittlungsabsprachen rekrutiert werden. Solche bilateralen Vereinbarungen bestehen seit langem mit Kroatien, mit China seit 2012 (projektbezogen und in begrenztem Umfang) sowie seit 2013 mit Bosnien-Herzegowina, Serbien und den Philippinen (GIZ 2013).

Auch bei der Beschäftigung von Arbeitskräften aus der Europäischen Union hielt Deutschland durch die Nichtumsetzung der Arbeitnehmerfreizügigkeit für die osteuropäischen Beitrittsländer die Zuwanderungshürden lange hoch. Inzwischen besteht für Bürger aller EU-Mitgliedstaaten, der übrigen Länder des europäischen Wirtschaftsraums sowie der Schweiz jedoch uneingeschränkte Arbeitnehmerfreizügigkeit. Personen aus Drittstaaten benötigen zur Aufnahme einer Beschäftigung dagegen weiterhin einen entsprechenden Aufenthaltstitel.

Grundsätzlich galt in Deutschland seit 1973 ein Anwerbestopp, der in den 1980er und 1990er Jahren über Ausnahmeregelungen nach und nach gelockert wurde. Im Jahr 2000 wurde der Arbeitsmarktzugang für IT-Fachkräfte mit der sogenannten „Green Card“ erleichtert, 2005 folgte die Öffnung für Hochqualifizierte und Selbständige. Obwohl viele ausländische Pflegekräfte über einen tertiären Bildungsabschluss verfügen und damit formal hochqualifiziert sind, profitierten sie von der erleichterten Zuwanderung für Akademiker jedoch nicht, da Pflegeberufe in Deutschland als Ausbildungsberufe eingeordnet werden.

Erst mit der Reform der Beschäftigungsverordnung im Juli 2013 wurde die Arbeitsmigration von Fachkräften mit Berufsausbildung erleichtert. Nun besteht auch für Ausländer – soweit sie einen „Mangelberuf“ ausüben können – die Möglichkeit, mit Zustimmung der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) ohne Vorrangprüfung nach Deutschland zuzuwandern. Sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch Berufe in der Altenpflege befinden sich auf der Positivliste der Mangel- bzw. Engpassberufe, sodass es prinzipiell möglich ist, Nicht-EU-Ausländer zu rekrutieren (Bundesagentur für Arbeit 2013a).

Zu beachten ist allerdings, dass gemäß § 38 Beschäftigungsverordnung eine Rekrutierung von Pflegefachkräften aus jenen 57 Staaten, die 2006 von der World Health Organization (WHO) als Länder mit einem „kritischen Mangel“ an Gesundheitsfachkräften identifiziert wurden, nicht zulässig ist und als Ordnungswidrigkeit geahndet werden kann: „Die Anwerbung in Staaten und die Arbeitsvermittlung aus Staaten, die in der Anlage zu dieser Verordnung aufgeführt sind, darf für eine Beschäftigung in Gesundheits- und Pflegeberufen nur von der Bundesagentur für Arbeit durchgeführt werden.“ Eine Zuwanderung von Gesundheits- und Pflegefachkräften aus diesen Staaten ist daher nur möglich, wenn das Arbeitsverhältnis auf eigene Initiative der Fachkraft zustande kommt. Der Verweis

auf die WHO-Liste hat in Expertenkreisen Kritik ausgelöst (vgl. etwa Angenendt et al. 2014).

Nach Zustimmung der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung wird zunächst zur Einreise ein Visum erteilt. Vor Ablauf des Visums, das in der Regel für drei Monate gilt, muss eine Aufenthaltserlaubnis zum Zweck der Beschäftigung als Pflegekraft beantragt werden. Die Zustimmung zu einem Aufenthaltstitel durch die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung ist zunächst auf ein Jahr befristet. Dieser kann um weitere zwei Jahre verlängert werden, wenn zwischenzeitlich das Anerkennungsverfahren positiv abgeschlossen wurde und eine entsprechend qualifizierte berufliche Beschäftigung mit der tariflichen Eingruppierung als Fachkraft erfolgt ist (§ 30 Beschäftigungs-Verordnung). Nach einem rechtmäßigen Aufenthalt von fünf Jahren kann ein Antrag auf einen dauerhaften Aufenthaltstitel (Niederlassungserlaubnis) in Deutschland gestellt werden.

Mit dem Zuwanderungsgesetz 2005 wurde auch das Antragsverfahren vereinfacht. Die Beantragung eines Aufenthaltstitels wird automatisch an die Bundesagentur für Arbeit weitergeleitet, sodass über Aufenthalts- und Arbeitsgenehmigung nicht mehr getrennt entschieden werden kann.

### 15.1.2 Der WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel

Die WHO (2013, S. 36) geht davon aus, dass derzeit weltweit 7,2 Millionen Gesundheitsfachkräfte fehlen – davon 3,4 Millionen in Südostasien, 1,8 Millionen in Afrika und lediglich 70 000 in Europa. Obwohl die meisten OECD-Länder heute über vergleichsweise hohe Personalkapazitäten in der Gesundheitsversorgung verfügen, besteht die Gefahr, dass diese ihre wirtschaftliche Position ausnutzen, um ihren Personalbedarf durch Rekrutierung in ärmeren Ländern zu decken, die jedoch im Verhältnis mit qualifiziertem Gesundheitspersonal deutlich stärker unterversorgt sind. Um dieser problematischen Entwicklung vorzubeugen, haben sich die 193 Mitgliedstaaten der WHO im Jahr 2010 auf die Einhaltung ethischer Grundsätze bei der internationalen Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften verständigt, den sogenannten *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*.

Dieser Code fordert die Mitgliedsstaaten zum einen dazu auf, Entwicklungs- und Transformationsländern, in denen ein kritischer Mangel an Gesundheitsfachkräften herrscht, technische und finanzielle Unterstützung zur Verfügung zu stellen. Zudem sind alle Mitglieder aufgerufen, aus eigener Kraft ausreichend Gesundheitspersonal zu qualifizieren und mittels attraktiver Arbeitsbedingungen im Land zu binden, um so den Bedarf an im Ausland ausgebildeten Fachkräften zu reduzieren. Schließlich wird die aktive Abwerbung von Gesundheitsfachkräften aus Ländern, in denen ein kritischer Mangel an Gesundheitsfachkräften herrscht, als ethisch nicht vertretbar eingestuft und soll daher unterbleiben.

Deutschland setzt diese Regel (wie oben dargestellt) um, indem die aktive Rekrutierung in den 57 – überwiegend in Afrika und Asien gelegenen – Ländern untersagt ist, in denen gemäß dem Weltgesundheitsbericht 2006 der WHO ein kritischer Mangel an Gesundheitsfachkräften herrschte. Dabei handelt es sich in erster Linie um eine ganze Reihe afrikanischer Staaten südlich der Sahara, aber auch um einige

der bevölkerungsreichen Länder Asiens wie Indien, Indonesien und Pakistan. Eine vollständige Auflistung der Länder findet sich in der Anlage zu § 38 der Beschäftigungsverordnung 2013 (BGBl I 2013, 3903 und 3904).

### 15.1.3 Anerkennungsverfahren und Berufszulassung

Die Gesundheits- und Krankenpflege gehört in Deutschland zu den reglementierten Berufen. Dabei handelt es sich um Berufe, für deren Aufnahme und Ausübung der Besitz einer bestimmten Berufsqualifikation durch Rechts- oder Verwaltungsvorschriften vorgeschrieben ist. Für Staatsangehörige aus der Europäischen Union oder dem Europäischen Wirtschaftsraum mit Krankenpflegeausbildung gilt gemäß der Richtlinie 2013/55/EU eine automatische Anerkennung. Dies bedeutet, dass die im Heimatland erworbene Qualifikation vom Aufnahmestaat ohne weitere inhaltliche Prüfung anerkannt wird.

Allerdings kann die Erteilung der Berufsurkunde/-zulassung an den Nachweis von Sprachkenntnissen gebunden werden. Der Antragsteller muss in Deutschland über die „für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen“ (§ 2 Absatz 1 Nr. 4 Krankenpflegegesetz). Je nach Bundesland gelten unterschiedliche Anforderungen an das Sprachniveau. Meist wird der Nachweis von Sprachkenntnissen auf dem Niveau B2 gefordert. Dies entspricht dem vierten Level auf der sechsstufigen Skala der Europäischen Union (A1 bis C2).

Sämtliche Pflegefachkräfte aus Drittstaaten müssen zunächst die Gleichwertigkeit ihres Abschlusses mit dem Referenzberuf „Gesundheits- und Krankenpfleger/-in“ feststellen lassen, bevor sie ein Einreisevisum nach Deutschland beantragen können. Ein spezielles Anerkennungsverfahren für Pflegefachkräfte, die in Deutschland in der Altenpflege arbeiten möchten, erübrigt sich, weil die Ausbildung im Ausland generalistisch angelegt ist, also dem deutschen Sonderweg einer Unterscheidung zwischen Gesundheits- und Krankenpflege einerseits und Altenpflege andererseits nicht folgt. Da sie allgemein für gesundheits- und krankenpflegerische Aufgaben ausgebildet wurden, laufen die ausländischen Pflegefachkräfte in das entsprechende Anerkennungsverfahren.

Falls bei der Vorabprüfung der vorhandenen Qualifikationen festgestellt wird, dass der internationale Abschluss nicht vollständig gleichwertig ist, können Anpassungsmaßnahmen geleistet oder eine Kenntnisprüfung absolviert werden. Häufige Anpassungsmaßnahmen sind etwa Praktika in Krankenhäusern. Bis zum Abschluss des Anerkennungsverfahrens können zugewanderte Pflegefachkräfte in Deutschland lediglich als Hilfskräfte tätig werden. Dies gilt auch für europäische Migranten, wenn die Sprachkenntnisse unzureichend sind.

Sowohl 2012 (April bis Dezember) als auch 2013 wurden die meisten Anträge auf Anerkennung einer im Ausland erworbenen Berufsqualifikation im Bereich der reglementierten Gesundheitsberufe gestellt, vor allem in den Referenzberufen Ärztin/Arzt und Gesundheits- und Krankenpfleger/in. Mit 3 810 Verfahren stellten letztere im Jahr 2013 rund 23 Prozent, die Ärzte gar 40 Prozent aller Verfahren (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2015, S. 91). In der Gesundheits- und Krankenpflege wurden 6,4 Prozent aller 2013 beschiedenen Fälle (2 568) abgelehnt und in 534 Fällen (21 Prozent) die Auflage einer Ausgleichsmaßnahme erteilt. In knapp 1 900 Fällen konnte eine volle Gleichwertigkeit bescheinigt werden

(ebd., S. 92). Zu den Hauptherkunftsländern der Migranten zählen ausschließlich EU-Mitgliedstaaten – allen voran Polen, Rumänien, Bulgarien, Ungarn, Spanien, Italien und Griechenland (ebd., S. 190).

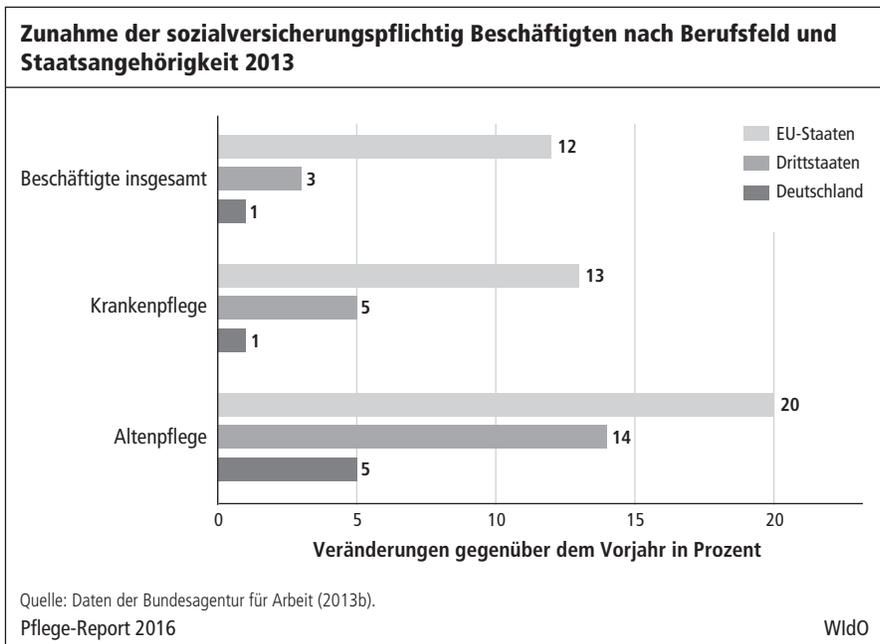
Da die Umsetzung von Ausgleichsmaßnahmen in den Bundesländern sehr unterschiedlich gehandhabt wird, hat das Bundesgesundheitsministerium im August 2013 eine Verordnung erlassen, die die Grundlagen für eine einheitlichere Durchführungspraxis schaffen soll (Verordnung zur Durchführung und zum Inhalt von Anpassungsmaßnahmen zur Erteilung der Berufserlaubnis in den Heilberufen des Bundes vom 2. August 2013, BGBl. I, S. 3005). Nach ersten Erfahrungen erhöht sich damit bei den zuständigen Behörden der Verwaltungsaufwand, da detailliertere Bescheide zu verfassen sind, aber sowohl Antragstellende als auch Einrichtungen, die Anpassungslehrgänge durchführen, profitieren von den Regelungen (ebd., S. 121).

## 15.2 Status quo der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte

Die Rekrutierung internationaler Pflegekräfte ist in Deutschland kein neues Phänomen. Bereits in den 60er und 70er Jahren wurden unter anderem Pflegekräfte aus Korea ins Land geholt. Zudem gibt es seit vielen Jahren gute Erfahrungen mit dem Einsatz indischer Ordensschwwestern. Auch befinden sich mittlerweile zahlreiche Pflegekräfte aus Russland und vielen europäischen Staaten im Lande. Zuletzt ist die Beschäftigung ausländischer Beschäftigter in der Pflege allerdings stark angestiegen. Wie Abbildung 15–1 zeigt, gilt dies vor allem für die Altenpflege: Hier stieg nach Berechnungen der Bundesagentur für Arbeit im Jahr 2013 die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit deutscher Staatsangehörigkeit gegenüber dem Vorjahr um fünf Prozent, die Zahl der Beschäftigten mit ausländischer Staatsangehörigkeit dagegen um ein Siebtel (Ausländer mit Staatsangehörigkeit eines Nicht-EU-Landes, Drittstaatler) oder sogar um ein Fünftel (EU-Ausländer). Zwar sind hierbei Ausländer ohne eigene Migrationserfahrung mitgezählt, also die nachwachsende zweite und dritte Migrantengeneration, die teilweise noch nicht über einen deutschen Pass verfügt. Hinter der massiven Zunahme steht jedoch zweifellos die zuletzt stark angewachsene Zuwanderung aus wirtschaftlichen Motiven, die sich infolge der Erleichterungen bei der Zuwanderung in den deutschen Arbeitsmarkt (Umsetzung der Arbeitnehmerfreizügigkeit in der EU, Liberalisierung der Beschäftigungsverordnung zur Zuwanderung in Ausbildungsberuf), aber auch der anhaltenden Wirtschaftskrise in einigen EU-Ländern ergeben hat.

Bei den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege war die Dynamik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit ausländischer Staatsangehörigkeit deutlich schwächer als im Bereich der Altenpflege. Mit einem Beschäftigungszuwachs von 13 Prozent bei EU-Ausländern und fünf Prozent bei Nicht-EU-Ausländern war die Zunahme aber deutlich kräftiger als bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege mit deutschem Pass (ein Prozent) und auch etwas stärker als bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt.

Abbildung 15–1



Insgesamt besaßen 2013 ca. 73 600 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte der Pflegeberufe (Fach- und Hilfskräfte) eine ausländische Staatsangehörigkeit (Merda et al. 2014, S. 8). Dies entspricht 5,5 Prozent aller sozialversicherungspflichtig tätigen Pflegekräfte. Damit lagen die Pflegeberufe – wie das Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt – bei der Beschäftigung von Ausländern im unteren Bereich. Im deutschen Gastgewerbe besitzt jeder vierte Beschäftigte eine ausländische Staatsbürgerschaft, in der Land- und Forstwirtschaft sind es 18 Prozent und bei den wirtschaftlichen Dienstleistungen sowie im Baugewerbe rund zehn Prozent.

Betrachtet man dagegen die Beschäftigten mit eigener Migrationserfahrung, wozu neben Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit in der ersten Generation auch Eingebürgerte und deutsche Spätaussiedler zählen, wandelt sich das Bild (Afentakis und Maier 2014). Im Jahr 2010 hatten gut 15,4 Prozent aller Pflegekräfte eigene Migrationserfahrung. Bei allen Beschäftigten war die Quote mit 14,6 Prozent leicht niedriger. Der Anteil der Beschäftigten mit eigener Migrationserfahrung ist in der Altenpflege markant höher (19,5 Prozent) als in der Gesundheits- und Krankenpflege (12,6 Prozent bei den Fachkräften, 16,3 Prozent bei den Helfern). Zählt man als Arbeitsmigranten Personen, die ihren höchsten beruflichen Abschluss im Ausland erworben haben oder die im Jahr ihres Zuzugs älter als 15 Jahre waren, ist der Anteil der Arbeitsmigranten in den Pflegeberufen dagegen etwas geringer als unter allen Beschäftigten (Tabelle 15–1). Wiederum gibt es deutliche Unterschiede innerhalb der Pflegeberufe: Während bei den Fachkräften in der Krankenpflege Arbeitsmigranten unterrepräsentiert sind, liegt ihr Anteil bei den Helfern und in der

Tabelle 15–1

**Anteil der Arbeitsmigranten an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Beruf 2010 (in Prozent)**

<b>Alle Beschäftigten</b>	<b>8,3</b>
Pflegeberufe	7,6
davon:	
Fachkräfte der Krankenpflege	6,2
Krankenpflegehelfer	9,4
Altenpflege	9,2

Quelle: Eigene Zusammenstellung, Daten Afentakis und Maier 2014

Altenpflege mit gut neun Prozent einen Prozentpunkt über dem Beschäftigtenanteil der Arbeitsmigranten in der Gesamtwirtschaft.

Abbildung 15–2 zeigt, wie sich die sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegekräfte mit ausländischer Staatsangehörigkeit im Jahr 2013 auf die wichtigs-

Abbildung 15–2



ten Ursprungsländer verteilen. Mit knapp 10 000 Personen steht Polen an erster Stelle, gefolgt von der Türkei (9 000) und Kroatien (6 000), wozu eine Vermittlungsabrede mit der kroatischen Arbeitsverwaltung beitragen dürfte. Auch mit Bosnien und Herzegowina sowie Serbien gibt es entsprechende Vermittlungsvereinbarungen. Wie die Übersicht zeigt, spielen ansonsten Angehörige von Nicht-EU-Ländern – mit Ausnahme von Russland – bisher unter den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit ausländischer Staatsangehörigkeit nur eine untergeordnete Rolle. Hier kommt der lange Zeit verschlossene Arbeitsmarktzugang für diese Zuwanderergruppe zum Tragen.

## 15.3 Aktuelle Initiativen und Modellprojekte zur Fachkräftegewinnung im Ausland

Größere Initiativen der deutschen Pflegebranche zur systematischen Rekrutierung internationaler Pflegefachkräfte gibt es bisher wenige. Eine Erklärung dafür dürfte sein, dass erkennbar noch inländische Potenziale vorhanden sind, um deren Erschließung sich Arbeitgeber, wie in anderen Bereichen der Wirtschaft auch, aus Kostengründen bevorzugt bemühen. Zum anderen liegt der Abbau der Zuwanderungshemmnisse erst kurz zurück und die Unternehmen spüren erst allmählich, dass die Nachfrage nach Arbeit aus dem Ausland infolge der anhaltenden Wirtschaftsschwäche in einigen europäischen Krisenländern zugenommen hat. Jedoch wurden in der jüngeren Vergangenheit mit politischer Unterstützung eine Reihe von Pilotprojekten vorbereitet oder initiiert, um mehr Pflegefachkräfte aus dem Ausland, insbesondere aus Drittstaaten, zu gewinnen.

### 15.3.1 Anwerbung aus EU-Ländern

Im Zuge der Wirtschaftskrise in Europa und der damit einhergehenden hohen Arbeitslosigkeit in Ländern wie Griechenland und Spanien wurden in den vergangenen fünf Jahren in vielen Einrichtungen Pflegekräfte aus diesen Ländern, aber auch aus Bulgarien, Rumänien und den baltischen Staaten rekrutiert. Damit wurden zum Teil unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Für die Altenpflege hat sich gezeigt, dass die Arbeitsinhalte in Deutschland vielfach nicht den beruflichen Erwartungen der im EU-Ausland meist akademisch ausgebildeten Pflegekräfte entsprechen. Deswegen sind beispielsweise Fachkräfte aus Spanien häufig nach relativ kurzer Aufenthaltsdauer wieder in ihr Heimatland zurückgekehrt oder haben nach Abschluss des Anerkennungsverfahrens anspruchsvollere und auch besser entlohnte Beschäftigungen im Krankenhaus angenommen.

In der Presse wurde auch von einzelnen Fällen berichtet, in denen in der häuslichen Intensivpflege tätige ausländische Fachkräfte nicht zu vergleichbaren Bedingungen wie deutsche Fachkräfte beschäftigt wurden (Süddeutsche Zeitung 2014). Dagegen betonte eine für diese Studie interviewte Geschäftsführerin eines Unternehmens für anspruchsvolle häusliche Pflegedienste, dass gerade die häusliche Pflege für Pflegefachkräfte aus Südeuropa gut geeignet sei, weil hier der Tätigkeitsschwerpunkt weniger auf Grundpflege und Betreuung liege. Behandlungspflege,

medizinische Aspekte und das weitestgehend selbstständige Arbeiten kämen den Erwartungen und Erfahrungen des akademisch qualifizierten Personals aus dieser Region entgegen. Das Vorbild der hochqualifizierten südeuropäischen Pflegefachkräfte könne sogar die einheimischen Mitarbeiter dazu motivieren, sich fachlich weiterzuqualifizieren.

Eine große Hürde für die vermehrte Rekrutierung der aus Südeuropa infolge der Wirtschaftskrise auf den deutschen Arbeitsmarkt drängenden Pflegefachkräfte bleiben jedoch die fehlenden deutschen Sprachkenntnisse, denn anders als in Teilen Osteuropas ist Deutsch als Fremdsprache hier wenig verbreitet.

### 15.3.2 Kooperation mit Spanien

Die hessische Landesregierung initiierte 2012 ein Kooperationsprojekt mit Spanien, um dem steigenden Fachkräftebedarf in der Pflege zu begegnen (Hessisches Sozialministerium 2013). Gemeinsam mit diversen Partnern, u. a. der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit und der Region Madrid, unterstützte das Sozialministerium in Hessen damit interessierte Einrichtungen der stationären Pflege bei der Gewinnung spanischer Fachkräfte.

Im November 2012 fand in Madrid eine Bewerbermesse zur Rekrutierung spanischer Pflegefachkräfte statt. Als sprachliche Voraussetzung zur Teilnahme am Projekt galt ein Sprachniveau von A2, das in einem vorbereitenden Sprachkurs in Madrid erworben werden konnte. Im März und Mai 2013 kamen insgesamt 50 spanische Pflegekräfte nach Hessen. In der dreieinhalb Monate dauernden Einarbeitungsphase in Deutschland waren wöchentlich 20 Stunden Sprachkurs (ESF-BAMF-gefördert, Freistellung durch die Einrichtungen) sowie 20 Stunden praktische Arbeit als Pflegehelfer/in vorgesehen. Das eigens entwickelte Rahmencurriculum für den Sprachkurs beinhaltete das Thema Willkommenskultur, ein interkulturelles Training sowie pflegerische Grundlagen. Neben dem auf weitere Nationalitäten adaptierbaren evaluierten Rahmencurriculum Pflege entwickelte die Firma startHaus gemeinsam mit der telc GmbH eine bundesweit von Behörden anerkannte Sprachprüfung „telc Deutsch B1-B2 Pflege“.

Schon im Vorfeld hatten sich die Einrichtungen auf die Ankunft der spanischen Pflegefachkräfte vorbereitet und Mentoren sowie Integrationslotsen in den einzelnen Betrieben auf ihre Aufgabe eingestellt (Hessisches Sozialministerium 2013). Im Verlauf des Projektes zeigten sich nach Aussagen eines Vertreters des Bildungsträgers startHaus (Telefoninterview vom 05.03.15) vor allem folgende Herausforderungen:

- Die deutschen Sprachkenntnisse der TeilnehmerInnen zu Beginn der Kurse in Deutschland waren sehr unterschiedlich und teilweise kaum ausreichend. Hier muss künftig eine engere Zusammenarbeit mit den Sprachschulen im Ausland erfolgen.
- Die angebotenen interkulturellen Trainings für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen wurden nicht im erwarteten Umfang genutzt – als Grund wurde Personalmangel angegeben. Einige der kulturell bedingten Konflikte, die dann in der Praxis auftauchten, hätten mit einer konsequenteren Schulung vermieden werden können.

- Nach erfolgter Berufsanerkennung wechselten viele der spanischen TeilnehmerInnen aus den Pflegeeinrichtungen in Krankenhäuser. Dies ist nach Ansicht des Interviewpartners aber nur teilweise darauf zurückzuführen, dass spanische Pflegekräfte eine andere, stärker medizinisch orientierte Erwartung an das Berufsfeld Pflege haben. Zum Teil seien die Pflegeeinrichtungen nicht bereit gewesen, mehr in die Integration und Bindung der ausländischen Mitarbeiter zu investieren.

Mittlerweile ist die Rekrutierung von Pflegefachkräften aus Spanien aus zwei Gründen deutlich schwieriger geworden: Zum einen gibt es insbesondere in der deutschen stationären Altenhilfe Diskrepanzen bezüglich des beruflichen Selbstverständnisses, zum anderen hat sich der Ruf Deutschlands durch unseriöse Vermittler, deren Begleitung und Integration mangelhaft waren, verschlechtert.

Die im Projekt entwickelten Tools für den Sprachkurs sowie die Sprachprüfung werden weiter angeboten und von unterschiedlichen Trägern genutzt. Derzeit besuchen Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus China, Serbien und Polen den Sprachunterricht zur Vorbereitung auf die Anerkennung als Pflegefachkraft. Die Förderung läuft bspw. über die Programme „Netzwerk IQ“ oder „MobiPro EU“.

### 15.3.3 Kooperation mit Vietnam

Das Bundeswirtschaftsministerium (BMWi) hat 2011 untersuchen lassen, welche Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft im In- und Ausland bestehen und welche Länder sich für eine Zusammenarbeit in diesem Bereich besonderes eignen würden (Merda et al. 2012). Auf dieser Grundlage rief das BMWi 2012 das Projekt „Fachkräftegewinnung für die Pflegewirtschaft“ mit dem Partnerland Vietnam ins Leben. Im Rahmen dieses Projekts absolvieren seit Herbst 2013 100 sprachlich in Vietnam vorbereitete Pflegekräfte in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin und Niedersachsen eine auf zwei Jahre verkürzte Altenpflegeausbildung. Anschließend sollen sie in deutschen Pflegeeinrichtungen tätig werden. Das Projekt wird von der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) umgesetzt und vom IEGUS Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft fachlich begleitet.

Ein Folgeprojekt mit Vietnam ist bereits gestartet. Seit Spätsommer 2014 lernt eine zweite Gruppe von rund 100 vietnamesischen Pflegekräften in Hanoi Deutsch, um im Herbst 2015 mit einer dreijährigen Altenpflegeausbildung an unterschiedlichen Standorten in Deutschland zu beginnen. Gleichzeitig werden Kooperationen zwischen deutschen und vietnamesischen Ausbildungseinrichtungen geschlossen, um künftig Teile der deutschen Pflegeausbildung bereits vor Ort in Vietnam durchzuführen und auf diese Weise die Ressourcen im Herkunftsland zu stärken.

### 15.3.4 Kooperation mit China

Der Arbeitgeberverband Pflege (AGVP) führt mit Unterstützung der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit seit 2013 ein Projekt mit dem Partnerland China durch. Nach einem achtmonatigen Intensivschulungsprogramm in China zur Vermittlung von Sprachkenntnissen und Grundlagen der deut-

schen Altenpflege trafen 2014 die ersten geschulten Pflegekräfte in Deutschland ein. Einrichtungen in Hessen und Baden-Württemberg haben jeweils drei bis fünf chinesische Pflegekräfte aufgenommen. Bis Ende 2015 sollen auf diesem Weg insgesamt 150 Pflegekräfte aus China für eine Beschäftigung in Deutschland rekrutiert werden (AGVP 2014).

Nach Einschätzung einer Personalverantwortlichen aus einer Pflegeeinrichtung, die über das Projekt chinesische Pflegefachkräfte aufgenommen hat, hat sich herausgestellt, dass neben den rechtlichen, sprachlichen und vor allem qualifikatorischen Herausforderungen bei der Kooperation mit China eine weitere Hürde besteht. Chinesische Fachkräfte müssen für das Recht zur Auswanderung eine Gebühr von 3 000 € entrichten, was gemessen in deutscher Kaufkraft über 10 000 € entspricht. Übernimmt der Arbeitgeber in Deutschland diese Kosten nicht, kann dies die Anwerbung chinesischer Pflegefachpersonen behindern.

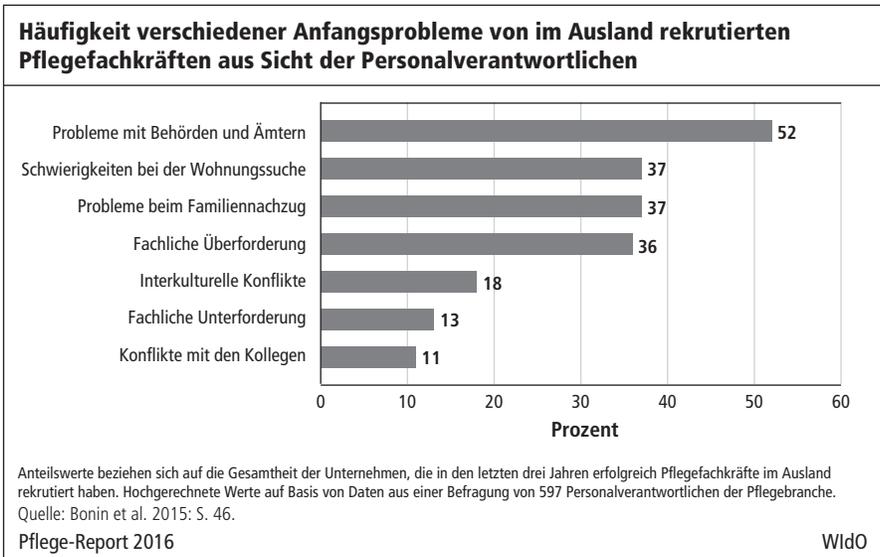
In der Praxis hat sich nach Einschätzung der Personalverantwortlichen aber auch gezeigt, dass Pflegefachkräfte aus China sehr gut für die deutsche Altenpflege geeignet sind. Die Teilnehmer des Projekts werden als durchweg freundlich, zukommend, empathisch und leistungsbereit eingeschätzt. Die berufliche und private Integration verlaufe sehr positiv. Hilfreich seien ein interkulturelles Training aller Mitarbeiter und eine wohnortnahe ethnische Infrastruktur, weshalb die Rekrutierung von Fachkräften aus China möglicherweise eher für Unternehmen in städtischen Verdichtungsräumen infrage kommt.

## 15.4 Erfahrungen mit internationalen Fachkräften aus Sicht der Einrichtungen

Wie eine von IEGUS und ZEW im Auftrag der Bertelsmann Stiftung durchgeführte Befragung ergab, waren es in den vergangenen drei Jahren vor allem Einrichtungen der stationären Altenpflege (61 Prozent), die Pflegekräfte im Ausland rekrutierten. Die ambulanten Pflegedienste folgten an zweiter Stelle (30 Prozent), während Krankenhäuser unter allen Einrichtungen, die ausländische Fachkräfte gewonnen haben, nur mit 8,5 Prozent vertreten waren (Bonin et al. 2015, S. 42). Erwartungsgemäß gehören zu den international aktiven Unternehmen eher größere Einrichtungen mit einem professionellen Personalmanagement. Überdurchschnittlich viele dieser Unternehmen befinden sich in privater Trägerschaft. Regional betrachtet sind vor allem Einrichtungen aus Süddeutschland (Bayern und Baden-Württemberg) aktiv, Träger in den neuen Bundesländern dagegen kaum (ebd.).

Zwei Drittel und damit die große Mehrheit der im Ausland rekrutierenden Pflegeeinrichtungen konzentrierten sich auf die Personalakquise innerhalb der Europäischen Union, lediglich ein Drittel suchte auch außerhalb der EU nach Fachkräften. Mit Blick auf die Arbeitsmarktsituation in Spanien ist es nicht verwunderlich, dass dort verstärkt auch Pflegeanbieter um Personal warben. Weitere Länder waren Polen (19 Prozent), Kroatien (16 Prozent), Rumänien (14 Prozent), Italien (13 Prozent) und Griechenland (12 Prozent). Unter den Drittstaaten sind vor allem zu nennen: Bosnien-Herzegowina, Ukraine, Russland und Moldawien sowie asiatische Entsendeländer wie China, die Philippinen, Vietnam und die Türkei (ebd., S. 43).

Abbildung 15–3

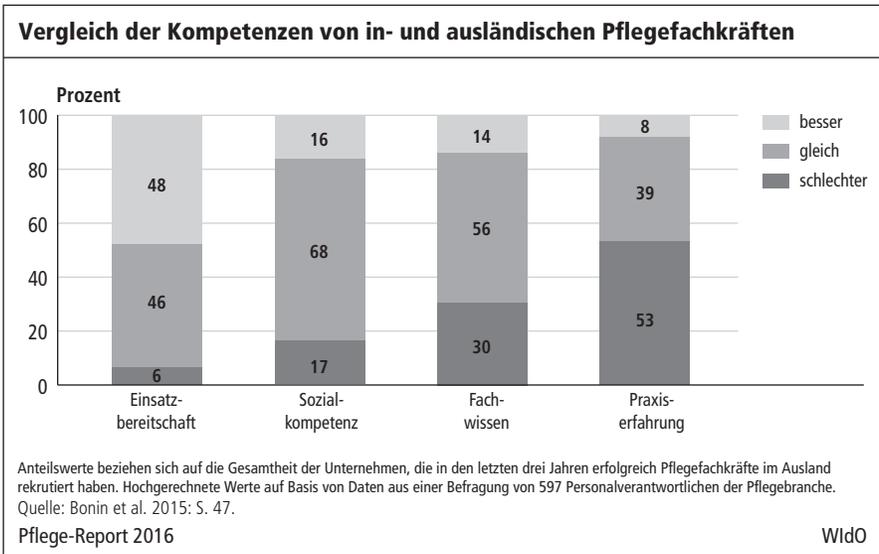


Die Personalverantwortlichen berichten teilweise von anfänglichen Schwierigkeiten, die bei bzw. mit ausländischen Fachkräften auftreten (vgl. Abbildung 15–3). Am häufigsten werden Probleme mit Behörden genannt, gefolgt von den Themen Wohnungssuche und Familiennachzug. Schwierigkeiten im direkten Zusammenhang mit der Beschäftigung (z. B. Konflikte) werden nicht so häufig genannt. Dementsprechend berichtet auch die Mehrheit der Unternehmen (56 Prozent), dass die Kollegen positiv auf die neuen ausländischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter reagieren.

Bezogen auf die fachlichen Kompetenzen haben die im Ausland rekrutierten Pflegefachkräfte nach Aussagen der Personalverantwortlichen anfänglich häufiger mit einer Überforderung (36 Prozent) als mit einer Unterforderung (13 Prozent) zu kämpfen (Abbildung 15–3). Im Hinblick auf das Fachwissen schneiden die im Ausland rekrutierten Pflegefachkräfte in der Beurteilung der Personalverantwortlichen eher schlechter ab. Immerhin 30 Prozent der Personalverantwortlichen meinen, dass ihre in den letzten drei Jahren aus dem Ausland eingestellten Pflegekräfte fachlich schlechter sind als die inländische Belegschaft (Abbildung 15–4). Etwas besser schätzen die Personalverantwortlichen die international rekrutierten Pflegefachkräfte ein, wenn es um die Sozialkompetenz geht. 16 Prozent der Personalverantwortlichen in Unternehmen meinen, dass die in den letzten drei Jahren im Ausland angeworbenen Beschäftigten über mehr Sozialkompetenz verfügen als die inländischen Kollegen.

Deutlich schlechter fällt die Beurteilung bei der Praxiserfahrung aus: Nur acht Prozent sehen in dieser Kompetenzdimension die ausländischen gegenüber den inländischen Pflegefachkräften im Vorteil. Auffallend besser ist die Einschätzung zur Praxiskompetenz lediglich mit Bezug auf die – bislang sehr wenigen – Pflegefachkräfte, die im asiatischen Raum rekrutiert wurden. Fast alle Personalverantwortli-

Abbildung 15–4



chen bescheinigen diesen, dass sie über eine ähnliche Praxiserfahrung verfügen wie die einheimischen Pflegefachkräfte in ihrem Unternehmen.

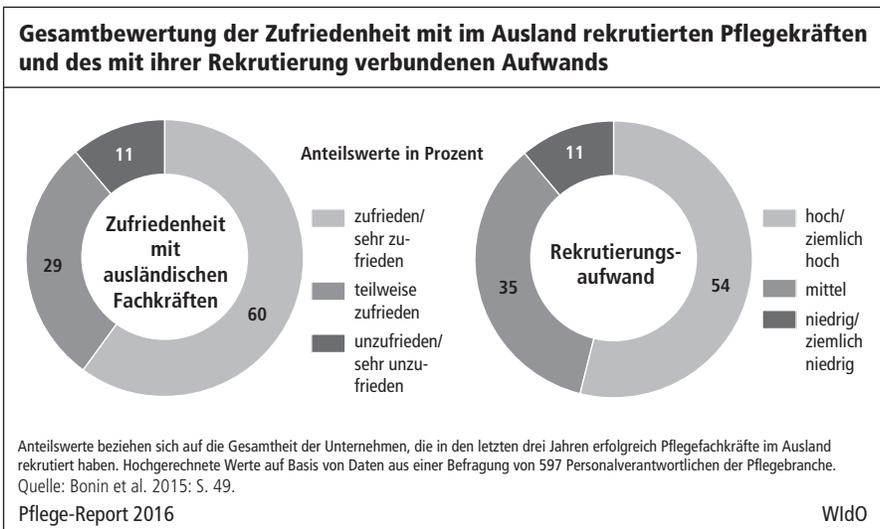
Dagegen fällt die Bewertung der ausländischen Pflegefachkräfte, wenn es um deren Einsatzbereitschaft geht, sehr günstig aus: Bei dieser Kompetenzdimension sieht fast die Hälfte (48 Prozent) der Personalverantwortlichen die Pflegekräfte, die in der jüngeren Vergangenheit von ihrem Unternehmen im Ausland rekrutiert wurden, gegenüber den Pflegefachkräften aus dem Inland im Vorteil. Die offenbar sehr hohe Motivation und gute Sozialkompetenz der im Ausland angeworbenen Pflegefachkräfte kann ihren in der Tendenz bestehenden Rückstand im Hinblick auf das Fachwissen und vor allem die Praxiserfahrung möglicherweise ein gutes Stück weit ausgleichen.

Die deutliche Mehrheit der Unternehmen, die in den letzten drei Jahren Pflegefachkräfte aus dem Ausland eingestellt haben, zieht insgesamt eine positive Bilanz (Abbildung 15–5, linker Teil). Nur elf Prozent sind mit den ausländischen Fachkräften unzufrieden.

Diese grundsätzlich positive Einschätzung trägt dazu bei, dass sich ein relativ hoher Anteil der Unternehmen mit internationaler Rekrutierungserfahrung vorstellen kann, in nächster Zeit noch einmal Pflegefachkräfte aus dem Ausland zu rekrutieren. Immerhin 32 Prozent der Personalverantwortlichen geben an, dass sie dies innerhalb der nächsten drei Jahre auf jeden Fall beabsichtigten, 60 Prozent haben dies eventuell vor. Nur acht Prozent wollen künftig nicht erneut diesen Weg der Personalbeschaffung beschreiten.

Die hohe Bereitschaft der Unternehmer, erneut Pflegefachkräfte aus dem Ausland einzustellen, ist umso bemerkenswerter, als der damit verbundene Ressourceneinsatz nach den Erfahrungen der Personalverantwortlichen ganz erheblich ist. So stufen 54 Prozent der Personalverantwortlichen den Aufwand, bis die in den letzten

Abbildung 15–5



drei Jahren im Ausland rekrutierten Pflegefachkräfte voll einsatzfähig waren, als hoch oder ziemlich hoch ein (Abbildung 15–5, rechter Teil). Nur elf Prozent halten diesen Aufwand dagegen für niedrig oder ziemlich niedrig. Dass die Unternehmen einen solchen Aufwand zu tragen bereit sind, ist zum einen ein Indiz, dass die Fachkräfteengpässe im Pflegebereich tatsächlich gravierend sind und hohe betriebswirtschaftliche Kosten verursachen. Auf der anderen Seite dürfte zum Tragen kommen, dass die Unternehmen aus den gemachten Rekrutierungserfahrungen schöpfen können und sich Routinen etablieren, die den Aufwand bei fortgesetzter Rekrutierung im Ausland reduzieren; dies gilt zumindest insoweit, als der festgestellte Aufwand nicht auf bürokratische und rechtliche Schwierigkeiten zurückgeht, die außerhalb des Handlungsbereichs der Arbeitgeber liegen.

Wie einige der oben erwähnten Modellprojekte gezeigt haben, ist es vor allem dem großen persönlichen Engagement einzelner Führungskräfte und Mitarbeiter in den Einrichtungen zu verdanken, dass drei Viertel der Pflegefachkräfte, die in den letzten drei Jahren aus dem Ausland gewonnen wurden, auch zum Zeitpunkt der Befragung noch in den Unternehmen tätig waren. Misserfolge waren vermehrt mit spanischen Pflegefachkräften zu verzeichnen, die für die Altenpflege angeworben wurden. Deren Ausbildung und Erwartung an das Tätigkeitsfeld stimmen kaum mit dem Alltag im Pflegeheim überein.

## 15.5 Ausblick

Der Markt für ambulant oder stationär geleistete pflegerische Arbeit ist in den letzten zehn Jahren deutlich gewachsen. Seit 2000 hat – von der konjunkturellen Entwicklung praktisch abgekoppelt – die Anzahl der Beschäftigten in den Pflegeberu-

fen um rund ein Drittel zugenommen. Verschiedene Prognosen zur Entwicklung des Bedarfs an Pflegepersonal in Deutschland gehen übereinstimmend davon aus, dass sich die Nachfrage nach Arbeitskräften infolge der weitergehenden demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen vor allem auf dem Gebiet der Altenpflege in den kommenden zwei Jahrzehnten stark erhöhen wird. All das unterstreicht die Notwendigkeit, zusätzlich zu unterschiedlichsten inländischen Maßnahmen zur Sicherung des Fachkräftebedarfs in der Pflege (verstärkte Ausbildung, Verbesserung der Arbeitsbedingungen, Erschließung stiller Arbeitsmarktreserven wie Frauenerwerbsquoten und Verringerung von Teilzeittätigkeiten sowie eine bessere Entlohnung) weiterhin auch Fachkräfte aus dem Ausland zu rekrutieren.

Trotz der deutlichen Verbesserung der zuwanderungs- und aufenthaltsrechtlichen Rahmenbedingungen liegt die Möglichkeit der internationalen Rekrutierung bei der Suche nach Pflegefachpersonal in der deutschen Pflegebranche bisher kaum im Fokus. Ungefähr jedes sechste Unternehmen in der Pflegebranche hat in den letzten drei Jahren einen Versuch unternommen, aktiv Pflegefachkräfte aus dem Ausland zu rekrutieren; davon war nur knapp die Hälfte mit ihren Versuchen erfolgreich. Auf der anderen Seite stellt für fast 60 Prozent der Unternehmen, die in jüngerer Zeit keinen internationalen Rekrutierungsversuch gemacht haben, dies auch in den kommenden Jahren keine Option dar (Bonin et al. 2015, S. 61).

Um den bestehenden und in Zukunft wahrscheinlich noch wachsenden Engpässen beim Pflegepersonal mehr als bisher durch Zuwanderung von geeignetem Personal nach Deutschland entgegenzuwirken, wäre es deshalb entscheidend, den Aufwand zu senken, der derzeit damit aus der Perspektive der Unternehmen verbunden ist. Handlungsansätze, um dieses Ziel zu erreichen, sind:

1. Verringerung des administrativen Aufwands einer internationalen Rekrutierung, insbesondere durch ein bundesweit einheitliches Berufs Anerkennungsverfahren: Ein wichtiger erster Schritt in diese Richtung ist der im Juni 2015 gefasste Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz, in Abstimmung mit der Kultusministerkonferenz eine länderübergreifende Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe (akademische Heilberufe und Gesundheitsfachberufe) zu errichten, die bundeseinheitliche Standards für das Anerkennungsverfahren für ausländische Berufsabschlüsse erarbeitet (BMBF 2015, S. 49).
2. Förderung der deutschen Sprache im Ausland: Besonders wichtig für die Pflege, aber auch für alle anderen Heilberufe, sind gute Deutschkenntnisse. Neben der beruflichen Qualifikation ist der Nachweis der Sprachkompetenz Voraussetzung zur Berufszulassung. Dies stellt aus Sicht der Unternehmen bisher eine große Hürde dar. Daher sollte der Deutschunterricht in den Entsendeländern künftig stärker unterstützt werden.
3. Verbesserung der externen Unterstützung von Unternehmen bei der internationalen Rekrutierung: Konkrete Maßnahmen wären hierbei bilaterale Vereinbarungen mit Entsendeländern auf Regierungsebene, die Zertifizierung von Personaldienstleistern und die Einrichtung effizienter Stellenbörsen (z. B. das Portal „Make it in Germany“ des BMWi).
4. Förderung des Aufbaus regionaler Netzwerke von kleinen und mittleren Unternehmen in der Pflege zur gemeinsamen Rekrutierung im Ausland: Es hat sich gezeigt, dass fast nur die größeren Pflegeunternehmen über ausreichend Ressourcen verfügen, um die personell und finanziell aufwendige Personalsuche im

Ausland anzugehen. Kleinere Unternehmen sollten sich daher vernetzen, um auf diese Weise Strukturkosten zu teilen.

5. Sicherung ethischer Standards bei der internationalen Fachkräftegewinnung durch die Politik: Die Berücksichtigung der WHO-Liste im Rahmen der Beschäftigungsverordnung stellt keineswegs sicher, dass private Unternehmen und Vermittler den *WHO Code of Practice* bei der Anwerbung von Gesundheitspersonal einhalten. Damit die Rekrutierung von Pflegefachkräften eine faire Sache bleibt, sollte der Ansatz der von verschiedenen Ressorts begonnenen „Triplewin“-Kampagnen forciert werden, und zwar durchaus auch in Ländern mit einer Unterversorgung an Pflegefachkräften. Hierbei geht es im Kern um den Export von Know-how in den Bereichen Pflegebildung und professioneller Altenpflege in Kombination mit einer abgesicherten Zuwanderungsperspektive für einen Teil der im Ausland zusätzlich ausgebildeten Pflegekräfte. Von einem solchen Konzept können genau genommen vier Parteien von internationaler Rekrutierung nachhaltig profitieren: die Entsendeländer durch die Rückübertragungen der Auswanderer, zusätzliche Ausbildungskapazitäten auch für den heimischen Markt und die Herausbildung eines Altenpflegesektors; die wandernden Pflegefachkräfte durch eine Verbesserung ihrer Einkommen und Lebensumstände sowie Berufsperspektiven auch im Heimatland; die Arbeitgeber in der deutschen Pflegebranche – und die einheimischen Pflegekräfte, deren Arbeitsbedingungen sich verbessern, wenn der Druck etwas verringert wird, der sich derzeit durch die anhaltenden Personalengpässe aufgebaut hat.

## Literatur

- Afentakis A, Maier T. Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? *Wirtschaft und Statistik* 2014, 3: 173–80.
- AGVP – Arbeitgeberverband Pflege. Erste Pflegekräfte aus China arbeiten in deutschem Seniorenheim. Berlin 2014. <http://www.arbeitgeberverband-pflege.de/das-haben-wir-zu-sagen/erste-pflegekraefte-aus-china-arbeiten-in-deutschem-seniorenheim/> (19. März 2015).
- Angenendt S, Clemens M, Merda M. The WHO Global Code of Practice – A Useful Guide for Recruiting Health Care Professionals? *SWP Comments* 22, May 2014. Berlin: Stiftung Wissenschaft und Politik.
- Bonin H, Braeseke G, Ganserer A. Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche – Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2015.
- Bundesagentur für Arbeit. Positivliste/Whitelist, Zentrale Auslands- und Fachvermittlung ZAV. Nürnberg 2013a. [www.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mta4/~edisp/l6019022dstbai447048.pdf?\\_ba.sid=L6019022DSTBAI447051](http://www.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mta4/~edisp/l6019022dstbai447048.pdf?_ba.sid=L6019022DSTBAI447051) (08. Dezember 2014).
- Bundesagentur für Arbeit. Arbeitsmarkt in Zahlen – Beschäftigungsstatistik: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach ausgewählten Berufen der KldB 2010, ausgewählten Wirtschaftszweigen der WZ 2008, Nationalität und Anforderungsniveau in Deutschland und den Ländern der Stichtage 31.12.2012 und 31.03.2013, Datenstand November 2013, kostenpflichtige Sonderauswertung. Nürnberg 2013b.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bericht zum Anerkennungsgesetz 2015. [www.bmbf.de/pub/bericht\\_zum\\_anerkennungsgesetz\\_2015.pdf](http://www.bmbf.de/pub/bericht_zum_anerkennungsgesetz_2015.pdf) (29. Juni 2015).

- Bundesministerium für Gesundheit. Intensive Ausbildungskooperation im Gesundheitswesen mit Tunesien. Pressemitteilung Nr. 40 vom 28. Mai 2013, [www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2013/2013\\_02/130528\\_PM\\_40\\_Ausbildungskooperation\\_mit\\_Tunesien.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2013/2013_02/130528_PM_40_Ausbildungskooperation_mit_Tunesien.pdf) (03. Dezember 2014).
- GIZ – Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit. Fachkräfte für Deutschland aus Serbien, Bosnien und Tunesien. Pressemitteilung vom 19.08.2013. [www.giz.de/de/presse/16363.html](http://www.giz.de/de/presse/16363.html) (19. März 2015).
- Hessisches Sozialministerium. Landesregierung reagiert aktiv auf steigenden Fachkräftebedarf im Pflegesektor. Pressemitteilung 01. 02. 2013. [www.hessen.de](http://www.hessen.de) (29. 3. 2015).
- Merda M, Braeseke G, Kähler B. Arbeitsschutzbezogene Herausforderungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland. BGW – Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Hamburg 2014.
- Merda M, Braeseke G, Dreher B, Bauer TK, Mennicken R, Otten S, Scheuer M, Stroka MA, Thalmann AE, Braun H. Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft. Berlin: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie 2012.
- Süddeutsche Zeitung. Zu Gast bei Ausbeutern. 27.10.2014. <http://jetzt.sueddeutsche.de/texte/anzeigen/589582/Zu-Gast-bei-Ausbeutern> (19. März 2015).
- WHO – World Health Organization. A Universal Truth: No Health without a Workforce. Forum Report, Global Health Workforce Alliance und World Health Organization. Genf 2013.

This page intentionally left blank

# 16 Kosten und Finanzierung von Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel in der Pflege

Stefan Greß und Klaus Jacobs

## Abstract

In diesem Beitrag werden die finanziellen Auswirkungen von Maßnahmen zur Bekämpfung des Fachkräftemangels in der Pflege analysiert. Eine Schlüsselrolle spielt in diesem Zusammenhang eine attraktivere Vergütung in der Altenpflege. Diese wäre jedoch nicht zum Nulltarif zu haben. Allein eine rechnerische Angleichung des Vergütungsniveaus in der Altenpflege an das der Krankenpflege würde einen jährlichen Finanzierungsbedarf von mehreren Milliarden Euro auslösen. Hinzu käme weiterer Finanzierungsbedarf für eine (Teil-)Akademisierung der Pflege sowie eine verbesserte Personalausstattung. Solche Herausforderungen ließen sich über das derzeitige Finanzierungssystem nicht nachhaltig und sozial gerecht finanzieren. Deshalb wird ein Finanzierungsbeitrag der privaten Pflegepflichtversicherung bzw. ihrer Versicherten als notwendig und sachgerecht angesehen – bis hin zu der langfristigen Etablierung einer Pflegebürgerversicherung. Wenig zielführend ist dagegen eine Ausweitung von Elementen der Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung.

This paper analyses the financial impact of a package of measures against the shortage of skilled care workers. A more attractive salary in care for the elderly plays a key role in this context. This is, however, not to be obtained for free. A mathematical approximation of the salary levels in geriatric nursing alone would trigger an annual financing gap of several billion euros. Further funds would be needed for a (partial) academisation of nursing and improved staffing levels. Such challenges cannot be financed sustainably and socially just via the current financing system. Therefore, the authors consider a financial contribution of private care insurance or its insurees necessary and appropriate – or even the establishment of a citizens' nursing care insurance in the long run. In contrast, there is little point in an extension of elements of capital-based funding in social care.

16

## 16.1 Pflegereform – die Unvollendete

Mit der zweiten Stufe des Pflegestärkungsgesetzes setzt der Gesetzgeber nach langjähriger Diskussion eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung um. Die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist ohne Zweifel als ein Meilenstein bei der Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung im Jahr 1995 an-

zusehen. Aus den Beiträgen dieses Bands ist jedoch deutlich geworden, dass die Pflegeversicherung auch zukünftig eine Reformbaustelle bleiben wird. Ein veränderter Versorgungsmix, der drohende bzw. schon feststellbare Fachkräftemangel in der Pflege, die sich auch in Deutschland abzeichnende Akademisierung von Pflegeberufen und die vielfach als unattraktiv empfundene Entlohnung von Pflegekräften werden in der aktuellen Pflegereform nicht thematisiert.

Nichtsdestoweniger werden die genannten Entwicklungen in den nächsten Jahren Auswirkungen sowohl auf die Versorgung der Pflegebedürftigen als auch auf den Finanzbedarf der Pflegeversicherung entfalten. In diesem Beitrag kalkulieren wir daher zunächst die finanziellen Auswirkungen eines Maßnahmenpakets zur Bekämpfung des Fachkräftemangels. Im Anschluss diskutieren wir Reformoptionen auf der Finanzierungsseite, um die notwendigen Maßnahmen nachhaltig und sozial gerecht finanzieren zu können.

## 16.2 Finanzielle Auswirkungen eines Maßnahmenpakets zur Bekämpfung des Fachkräftemangels

Eine wesentliche Herausforderung für die Weiterentwicklung des Versorgungsmixes in der Pflege wird die Überwindung des Fachkräftemangels sein. Lehmann und Behrens (Kapitel 4 in diesem Band) entwickeln vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen eine Reihe von möglichen Maßnahmen, die auch in Deutschland Anwendung finden könnten. Diese Maßnahmen (Akademisierung, Modernisierung der Pflegebildung, neue Berufsprofile) haben gemeinsam, dass sie die Attraktivität des Pflegeberufs durch eine qualifikatorische Aufwertung steigern sollen. Die Autoren heben hervor, dass insbesondere ein akademischer Abschluss nicht nur zu einer höheren Identifikation der Pflegenden mit ihrem Beruf, sondern auch zu einer verbesserten Anerkennung durch andere Berufsgruppen und einer verbesserten Versorgung für die Pflegebedürftigen führt. Allerdings – auch darauf weisen Lehmann und Behrens mit Recht hin – gibt es auch in Ländern mit vollständig akademisierten und qualifikatorisch damit stark aufgewerteten Pflegeberufen Fachkräftemangel. Pflegenden mit akademischem Abschluss sind auch nicht zufriedener in ihrem Beruf, wenn die Arbeitsbedingungen keine Anwendung der erworbenen Kompetenzen zulassen – etwa weil die Personalausstattung und andere organisatorische Rahmenbedingungen dies verhindern.

Konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der organisatorischen Rahmenbedingungen aus Sicht der Beschäftigten könnten etwa Maßnahmen zur Entlastung von älteren Beschäftigten, zur Erhöhung der Verlässlichkeit des Dienstplans, Pausenregelungen sowie die Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen sein. Auch aus Sicht der Beschäftigten scheitert die Implementierung dieser Strategien jedoch regelmäßig an der nicht hinreichenden Personalausstattung (Benedix und Medjedovic 2014).

Die mangelnde Personalausstattung in der Altenpflege führt allerdings nicht nur zu einer hohen physischen und psychischen Belastung der Beschäftigten und engt die Möglichkeiten zur Umsetzung von entlastenden Strategien ein. Zumindest Studien aus dem Ausland zeigen, dass eine verbesserte Personalausstattung die Quali-

tät der Pflege erhöht – zum Beispiel durch Reduktion von Pflegefehlern und eine verbesserte Versorgung von schwer pflegebedürftigen Personen (Chen und Grabowski 2015; Lin 2014). Umgekehrt ist damit begründet zu befürchten, dass eine mangelnde Personalausstattung die Gefahr von Pflegefehlern deutlich erhöht und die Pflegequalität gefährdet.

Der Gesetzgeber hat diese Problematik erkannt und im zweiten Pflegeförderungs-gesetz einen neuen § 113c SGB XI zur Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen eingeführt; danach wird bis zum 30. Juni 2020 die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben vorgeschrieben. Dabei seien – so die Gesetzesbegründung – der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und die neuen Pflegegrade ebenso zu berücksichtigen wie bereits vorliegende Untersuchungen und Erkenntnisse zu Anforderungs- und Qualifikationsprofilen in der Pflege (Deutscher Bundestag 2015, S. 104).

Die finanziellen Effekte einer einheitlichen Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen lassen sich ohne ein entsprechendes Instrumentarium derzeit nicht quantifizieren. Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Auswirkungen der mangelnden Personalausstattung auf Beschäftigte und Pflegebedürftige, der zusätzlichen Anspruchsberechtigung etwa von Demenzkranken im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der generellen Effekte des demografischen Wandels dürfte hier in den nächsten Jahren jedoch ein erheblicher Finanzierungsbedarf entstehen.

Zu den Konzepten zur Überwindung des Fachkräftemangels in der Pflege gehört zwingend neben der qualifikatorischen Komponente und der Verbesserung der Arbeitsbedingungen – insbesondere durch eine verbesserte Personalausstattung – auch eine Vergütungskomponente. Hier sind zwei Ebenen zu unterscheiden. Erstens zeigt sich in der niedrigen Vergütung von Pflegekräften in der Altenpflege nicht nur, dass diese zu einem geringeren Grad gewerkschaftlich organisiert sind und – im Vergleich etwa zu Pflegekräften in Kliniken – eine geringere Konfliktbereitschaft zur Durchsetzung verbesserter Vergütungsstrukturen aufweisen (Bellmann et al. 2012). Die geringe Vergütung zeigt zudem die geringe gesellschaftliche Wertschätzung für die Arbeit von Pflegekräften in der Altenpflege (vgl. Tabelle 16–1).

Tabelle 16–1

### Monatliche Median-Bruttoentgelte von Vollzeitbeschäftigten in den Pflegeberufen in Deutschland 2013 (in Euro)

	Westdeutschland	Ostdeutschland
Fachkraft Krankenpflege	3 139	2 738
Fachkraft Altenpflege	2 568	1 945
<i>Differenz</i>	<i>571</i>	<i>793</i>
Helfer Krankenpflege	2 470	1 854
Helfer Altenpflege	1 885	1 495
<i>Differenz</i>	<i>585</i>	<i>359</i>

Quelle: Bogai et al. 2015, S. 11

Tabelle 16–2

**Finanzierungsbedarf für eine Vergütungsanpassung Altenpflege an Krankenpflege**

	Vollzeitäquivalente	Fachkraftquote	Fachkräfte	Helfer/innen
Ambulante Pflege	213 000	60 %	127 800	85 200
Pflegeheime	491 000	52 %	255 320	235 680
<b>Gesamt</b>			<b>383 120</b>	<b>320 880</b>
Finanzierungsbedarf pro Person pro Jahr in Euro			8 862	7 773
Gesamter Finanzierungsbedarf pro Jahr in Mrd. Euro			3,4	2,5

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamts 2015

Pflege-Report 2016

WIdO

Allein eine Angleichung der Vergütung in der Altenpflege an die der Krankenpflege – bei konstantem Qualifikationsniveau und konstanter Beschäftigtenzahl – hätte vergleichsweise dramatische finanzielle Auswirkungen. Nach unseren Berechnungen liegt – unter Berücksichtigung der Bevölkerungsanteile in West- und Ostdeutschland und der Arbeitgeberkosten für Sozialausgaben – der jährliche Vergütungsunterschied zwischen Kranken- und Altenpflege für eine Fachkraft bei etwa 8 862 Euro und für einen Helfer bzw. eine Helferin bei etwa 7 773 Euro. Eine entsprechende Angleichung würde einen dauerhaften Finanzierungsbedarf von rund 5,9 Mrd. Euro nach sich ziehen (vgl. Tabelle 16–2).

Sämtliche Konzepte zur qualifikatorischen Aufwertung von Pflegeberufen sind zudem zum Scheitern verurteilt, wenn sich diese zusätzlichen Qualifikationen nicht auch durch eine erhöhte Vergütung bemerkbar machen. Dies lässt sich am Beispiel der (Teil-)Akademisierung) der Pflegeprofession verdeutlichen. Die finanziellen Effekte hängen zum einen von der Akademisierungsquote und zum anderen von den Vergütungsaufschlägen infolge eines akademischen Abschlusses ab. Bei einer vom Wissenschaftsrat empfohlenen Akademisierungsquote von 10 bis 20 Prozent (Wissenschaftsrat 2012) – hier bezogen ausschließlich auf die Fachkräfte in der ambulanten und der stationären Pflege – und einem Vergütungszuschlag von 15 Prozent für den akademisierten Personenkreis würde sich ausgehend vom derzeitigen Vergütungsniveau sowie vom derzeitigen Personalbestand ein dauerhafter Finanzierungsbedarf von rund 200 bis 400 Mio. Euro pro Jahr ergeben. Beide Ebenen – eine generell notwendige Erhöhung der Vergütung in der Altenpflege und die finanzielle Berücksichtigung erworbener Zusatzqualifikationen – werden daher in den nächsten Jahren eine erhebliche und sich gegenseitig verstärkende finanzielle Dynamik entfalten.

Zusammenfassend zeigen die Ausführungen dieses Abschnitts, dass eine aus Versorgungsnotwendigkeiten resultierende Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs nicht zum Nulltarif zu haben ist. Parallel zu den Anstrengungen zur qualifikatorischen Aufwertung des Pflegeberufs – etwa durch Schaffung neuer Berufsbilder oder durch die (Teil-)Akademisierung der Profession – sind eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch eine verbesserte Personalausstattung und eine finanzielle Aufwertung des Pflegeberufs und die Honorierung zusätzlich erworbener Qualifikationen unabdingbar. Es ist außerdem deutlich geworden, dass die hierzu notwendigen Investitionen durchaus nennenswert sein werden. Zum von uns errechneten

ten Finanzierungsbedarf von knapp 6 Mrd. Euro für eine rechnerische Anpassung der Vergütungsstrukturen der Altenpflege an die der Krankenpflege kommen 200 bis 400 Mio. Euro für eine (Teil-)Akademisierung der Pflege sowie ein derzeit noch nicht quantifizierbarer Betrag für eine verbesserte Personalausstattung hinzu. Natürlich ist nicht damit zu rechnen, dass diese drei Maßnahmen kurzfristig und in voller Höhe ausgabenwirksam werden könnten. Das vorgeschlagene Maßnahmenpaket – Vergütungsangleichung, Akademisierung, Verbesserung der Personalausstattung – würde sicherlich nur sukzessive umgesetzt werden können. Nichtsdestoweniger bedarf es eines Konzepts, wie die entstehenden Ausgaben nachhaltig und sozial gerecht finanziert werden können.

### 16.3 Finanzierung des Maßnahmenpakets

In der Vergangenheit sind Leistungszuwächse in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) in der Regel über Beitragssatzsteigerungen finanziert worden. Die Leistungssätze waren seit Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre mehr als zehn Jahre lang nominal unverändert geblieben, was aufgrund der Kostenentwicklung zu einem erheblichen Realwertverlust des Versicherungsschutzes und einer ständigen Zunahme des Eigenanteils am Pflegeteils führte (vgl. Rothgang und Jacobs 2013), der in zunehmendem Umfang von den Sozialhilfeträgern aufgebracht werden musste. Erst aufgrund des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes der damaligen großen Koalition im Zeitraum von 2008 bis 2012 kam es erstmals zu einer schrittweisen Anhebung der Leistungssätze beim Pflegegeld, bei ambulanten Sachleistungen und bei stationären Leistungen der Pflegestufe III in drei Stufen. Vor allem auch deshalb wurde der seit Beginn der sozialen Pflegeversicherung unverändert bei 1,7 Prozent liegende Beitragssatz zum 1.7.2008 um 0,25 Prozentpunkte angehoben. Zuvor hatte es lediglich eine Veränderung beim Beitragssatz gegeben, als das Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2001, in dem eine Beitragsdifferenzierung für Mitglieder mit und ohne Kinder gefordert worden war, dergestalt umgesetzt wurde, dass kinderlose Mitglieder ab 2005 einen gegenüber Mitglieder mit Kindern um 0,25 Beitragssatzpunkte erhöhten Versicherungsbeitrag zahlen mussten, der damals entsprechend 1,95 Prozent betrug.

Die nächste Beitragssatzerhöhung von einem Zehntel Beitragssatzpunkt ab 2013 wurde im Rahmen des von der schwarz-gelben Bundesregierung verabschiedeten Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes beschlossen, in dem insbesondere Leistungsverbesserungen für Demenzzranke eingeführt wurden. Im Pflegestärkungsgesetz I der großen Koalition wurde dann ab 2015 eine gesetzliche Klausel zur regelmäßigen Anpassung der Leistungssätze im Drei-Jahres-Turnus eingeführt, die sich an der kumulierten Preisentwicklung der letzten drei Jahre orientieren soll. Diese Maßnahme sowie weitere Leistungsausweitungen wurden über eine abermalige Beitragssatzerhöhung um 0,3 Beitragssatzpunkte ab 2015 finanziert (wovon allerdings ein Zehntel Beitragssatzpunkt in den neu eingerichteten Pflegevorsorgefonds fließt; dazu siehe unten). Das Pflegestärkungsgesetz II, mit dem insbesondere der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt wird, führt ab 2017 zu einer weiteren Beitragssatzerhöhung um 0,2 Prozentpunkte, sodass der Beitragssatz zur sozialen Pfl-

geversicherung dann 2,55 Prozent für Mitglieder mit Kindern beträgt und 2,80 Prozent für Kinderlose.

Nach rund zwölf Jahren Beitragssatzkonstanz – abgesehen von der Erhöhung für Kinderlose 2005 – gibt es damit in einem Zeitraum von neun Jahren gleich vier Beitragssatzerhöhungen. Vor diesem Hintergrund erscheinen somit auch weitere Erhöhungen zur Finanzierung gezielter Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel keineswegs als ausgeschlossen, zumal angesichts der fortschreitenden Alterung der Bevölkerung ohnehin weitere Beitragssatzsteigerungen in der Zukunft zu erwarten sind, wenn das durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gerade erst neu austarierte Leistungsspektrum der Pflegeversicherung auf einem substanziellen Sicherungsniveau erhalten bleiben soll.

In der Bevölkerung stößt die soziale Pflegeversicherung mit ihren Elementen der solidarischen Finanzierung unverändert auf große Zustimmung; ein substanzieller Leistungskatalog findet breite Unterstützung, während die Verpflichtung zu vermehrter individueller Vorsorge im Rahmen einer privaten Zusatzversicherung ebenso auf große Ablehnung stößt wie Überlegungen, die Arbeitgeber künftig nicht mehr an steigenden Beitragsbelastungen zu beteiligen. Breite Zustimmung findet zudem der Vorschlag, die bestehende „Spartentrennung“ in der Pflegeversicherung nach sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung (PPV) aufzuheben und die gesamte Bevölkerung gleichermaßen an der Finanzierung des Pflegerisikos zu beteiligen (Zok 2011).

Mit dieser differenzierten Einschätzung zeigt die Bevölkerung mehrheitlich ein gutes Gespür für weitere Reformperspektiven zur Finanzierung der Pflegeversicherung. Dass das Pflegerisiko im alternden Deutschland wächst – in individueller Sicht genauso wie in der gesamtgesellschaftlicher Perspektive –, ist der großen Mehrheit wohl durchaus bewusst (Zok 2015). Um dieses Bewusstsein zu schaffen, bedurfte es keineswegs der 2013 erfolgten Einführung der steuerlich geförderten privaten Zusatzversicherung auf freiwilliger Basis, auch bekannt als „Pflege-Bahr“ nach dem damaligen freidemokratischen Gesundheitsminister. Vielmehr kann diese von der schwarz-gelben Bundesregierung beschlossene Maßnahme und insbesondere auch die Art ihres Zustandekommens als Paradebeispiel dafür gelten, wie gerade nicht für eine zukunftssichere Finanzierung des Pflegerisikos gesorgt wird (Jacobs und Rothgang 2012, 2013). Besonders erfolgreich ist dieses fragwürdige Finanzierungsinstrument allerdings bislang offenbar nicht geworden, denn während bei der Verabschiedung des Gesetzes noch davon ausgegangen wurde, dass es bereits im ersten Jahr zu rund 1,5 Millionen Abschlüssen bei der staatlich geförderten Pflege-Zusatzversicherung kommen würde (Deutscher Bundestag 2012), war Ende 2014, also nach zwei Jahren Laufzeit, erst gut ein Drittel dieser Zahl erreicht (PKV 2015, S. 35). Da sich gleichzeitig der Zuwachs an ungeforderten Policen deutlich abgeschwächt hat, kann zumindest zu einem nennenswerten Anteil von Mitnahmeeffekten ausgegangen werden.

Der Pflege-Bahr war aber nicht der einzige Missgriff der Politik im Kontext der Pflegefinanzierung, denn auch der mit dem Pflegestärkungsgesetz I ab 2015 eingeführte kollektive Pflegevorsorgefonds wird nicht halten können, was seine Urheber in der Politik sich und den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung davon versprochen haben. Mit einem Zehntel Beitragssatzpunkt der Pflegeversicherung soll bis zum Jahr 2033 ein Sondervermögen gebildet werden, das dann anschließend

rund 20 Jahre lang mit dem Ziel wieder aufgelöst werden soll, künftige Beitragssteigerungen abzumildern. Dabei lasten dieser Konstruktion insbesondere zwei Denkfehler an (Jacobs und Rothgang 2014): Zum einen ist das bewegte Finanzvolumen viel zu klein, um in den 2030er bis 2050er Jahren tatsächlich zu einer merklichen Abmilderung des in dieser Zeit demografisch bedingt zu erwartenden Beitragsatzanstiegs zu führen; zum anderen ist dann der Fonds genau zu dem Zeitpunkt wieder leer, für den laut Demografie-Projektionen mit dem höchsten Beitragsatzniveau gerechnet werden muss. Zwar geht danach die Zahl der mutmaßlich Pflegebedürftigen aus den besonders geburtenstarken Jahrgängen wieder zurück, doch gilt dies ebenfalls für die Anzahl der Beitragszahler der Pflegeversicherung. Wer nach 2055 Beiträge bezahlen muss, hat von dem Pflegevorsorgefonds somit nichts.

Begründet wurden diese beiden Finanzierungsinstrumente – sowohl die staatliche Förderung aus Steuermitteln für den Abschluss einer privaten Pflegezusatzversicherung als auch der kollektive Pflegevorsorgefonds – zumeist in Verbindung mit dem schillernden Begriff der Generationengerechtigkeit, die hierdurch angeblich erhöht würde. Abgesehen davon, dass die Operationalisierung dieses Gerechtigkeitskonstrukts unter Berücksichtigung aller relevanten Geld- und Realtransfers zwischen den Angehörigen unterschiedlicher „Generationen“ praktisch ein Ding der Unmöglichkeit ist (Reiners 2013), stellt sich darüber hinaus die Frage, ob es sich allein in monetärer Sicht für die künftige Finanzlage in Deutschland nicht günstiger auswirken würde, wenn auf eine kollektive Kapitalbildung – zumal in Zeiten eines anhaltenden Niedrigzinsniveaus – verzichtet würde, während gleichzeitig höhere Sollzinsen für den Schuldendienst öffentlicher Haushalte bezahlt werden.

Wenn man diese beiden einerseits hochgradig symbolträchtigen, aber andererseits wenig wirksamen Maßnahmen der Pflegefinanzierung betrachtet, drängt sich geradezu der Eindruck auf, als wenn mit dem weithin unbestimmten Begriff der Generationengerechtigkeit von gravierenden Schieflagen in Bezug auf einen anderen Gerechtigkeitsbegriff abgelenkt werden: die personelle Verteilungsgerechtigkeit. Sie wird durch das unverbundene Nebeneinander der beiden „Sparten“ der gesetzlichen Pflegeversicherung, der SPV und der PPV, erkennbar hochgradig verletzt. Dass dieses Gerechtigkeitsproblem in der Pflegeversicherung noch sehr viel deutlicher zutage tritt als im Bereich der Krankenversicherung, liegt vor allem daran, dass beide Systeme vollkommen identische Leistungen aufweisen, die vom Gesetzgeber einheitlich festgelegt werden.

Das Bundesverfassungsgericht hat 2001 in seinem Urteil zur Verfassungsmäßigkeit der 1995 eingeführten Pflegeversicherung festgestellt, dass der „Gesetzgeber, der eine Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen hat, (...) die einzelnen Gruppen dem einen oder anderen Versicherungszweig sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Lastenverteilung zuordnen (durfte)“ (BVerfG 2001, Rz. 92). Von einer solchen „ausgewogenen Lastenverteilung“ kann allerdings in keiner Weise die Rede sein. Das macht bereits ein Blick auf das Beitragsniveau in den beiden Systemen deutlich. Auch wenn die unmittelbare Vergleichbarkeit aufgrund der unterschiedlichen Kalkulationsweise in SPV und PPV eingeschränkt ist – hier einkommensabhängige Beiträge im Umlageverfahren, dort risikoäquivalent kalkulierte Beiträge im Anwartschaftsdeckungsver-

fahren –, sind augenfällige Unterschiede feststellbar. Der Verband der Privaten Krankenversicherung weist selbst darauf hin, dass die Beiträge für Neuversicherte in der Vergangenheit mehrfach gesenkt werden konnten und hält dies auch in Zukunft für denkbar; zudem wird in einer Verbandsbroschüre exemplarisch der Monatsbeitrag eines im Jahr 2015 neuversicherten 40-jährigen Mannes von rund 25 Euro dem Beitrag eines freiwillig versicherten SPV-Mitglieds gegenübergestellt, der ein beitragspflichtiges Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze bezieht und mit 96,94 Euro (mit Kind bzw. Kindern) bzw. 107,25 Euro (kinderlos) einen rund viermal so hohen Monatsbeitrag zu entrichten habe (PKV 2015b, S. 6).

Der Hauptgrund für diesen gravierenden Unterschied ist darin zu sehen, dass das zu finanzierende Pflegerisiko der PPV-Versicherten erheblich niedriger liegt, als dies bei den SPV-Versicherten der Fall ist. Auch wenn es keine allgemein zugänglichen Informationen z. B. über alters(klassen)spezifische Pflegequoten in der PPV gibt (Walendzik et al. 2015), finden sich gleichwohl Belege für sehr unterschiedliche Pflegeprävalenzen von SPV- und PPV-Versicherten. So heißt es etwa in einer Richtlinie der Deutschen Aktuarsvereinigung: „Besonders große Unterschiede bestehen dabei im Altersbereich der 20- bis 50-Jährigen. Hier macht sich die Selektionswirkung der medizinischen Risikoprüfung bemerkbar: Die meisten privaten Pflegepflichtversicherungsverträge wurden zusammen mit einer privaten Krankenvollversicherung abgeschlossen, bei der eine medizinische Risikoprüfung durchgeführt wurde. In höheren Altern bestehen allerdings immer noch erhebliche Unterschiede zwischen privater und sozialer Pflegepflichtversicherung, die nicht allein mit der oft Jahrzehnte zurückliegenden Risikoprüfung erklärt werden können. Vielmehr scheinen hier auch sozioökonomische Effekte vorzuliegen“ (DAV 2015, S. 12).

Dass es nennenswerte Unterschiede in den Pflegerisiken der SPV- und PPV-Versicherten gibt, die über Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur der beiden Versichertenkollektive hinausreichen, stand auch für die große Koalition von 2005 außer Frage. In ihrem damaligen Koalitionsvertrag war vorgesehen, dass „zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen (...) ein Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung eingeführt (wird)“ (CDU/CSU/SPD 2005, S. 91f.). Dazu ist es jedoch weder damals gekommen noch steht dieses Thema aktuell auf der politischen Agenda.

Die künftigen Herausforderungen der zunehmenden Pflegebedürftigkeit in Deutschland, zu denen nicht zuletzt auch die Gewährleistung einer ausreichenden Zahl an qualifizierten Pflegekräften zählt, können nicht von den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung allein finanziert werden. Was die große Koalition bereits vor zehn Jahren in Angriff nehmen wollte, nämlich einen umfassenden Solidar-ausgleich zwischen allen Versicherten der gesamten – so das Bundesverfassungsgericht – „Pflegevolksversicherung“ zu schaffen, ist heute nicht weniger geboten als damals, sondern eher noch mehr. Dies kann in einem ersten Schritt durch einen „Solidarbeitrag“ der Privatversicherten erfolgen, der neben der Berücksichtigung der unterschiedlichen Pflegerisiken auch eine Komponente des Einkommensausgleichs enthalten müsste. Eine konsequente weitergehende Reform wäre die Einrichtung eines einheitlichen Pflegeversicherungssystems für die gesamte Bevölkerung. Wie Modellrechnungen zu unterschiedlichen Ausgestaltungsvarianten einer solchen Pflegebürgerversicherung gezeigt haben (vgl. z. B. Rothgang et al. 2011;

zur praktischen Umsetzbarkeit siehe auch Greß und Bieback 2013), darf man von einem solchen Schritt nicht erwarten, dass künftig keine Beitragssatzsteigerungen in der Pflegeversicherung mehr erforderlich sein werden. Insbesondere wenn der Leistungsumfang umfassend bleiben und keinen weiteren Realwertverlust erleiden soll und wenn eine ausreichende Anzahl qualifizierter Pflegekräfte mit einem hinreichend attraktiven Entgeltniveau für die wachsende Zahl an Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen soll, muss in jedem Fall mit weiteren Beitragssatzsteigerungen gerechnet werden. Sie lassen sich aber durch eine Pflegebürgerversicherung deutlich wirkungsvoller abmildern als etwa durch die Einführung des Pflegevorsorgefonds, und sie dürften vor allem auch auf sehr viel größere Akzeptanz in der Bevölkerung stoßen, wenn alle Einwohner Deutschlands nach ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit an der Finanzierung beteiligt wären.

## Literatur

- Bellmann L, Grunau P, Maier F, Thiele G. Struktur der Beschäftigung sowie Entgeltentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung 2012.
- Benedix U, Medjedovic I. Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege. Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten. Bremen: Institut für Arbeit und Wirtschaft/Arbeitnehmerkammer Bremen 2014.
- Bogai D, Carstensen J, Seibert H, Wiethölter D, Hell S, Ludewig O. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Nürnberg: IAB 2015.
- BVerfG; Bundesverfassungsgericht. Urteil des Ersten Senats vom 3. April 2001 zum Pflege-Versicherungsgesetz. 1 BvR 2014/95. 2001.
- Chen MM, Grabowski DC. Intended and Unintended Consequences of Minimum Staffing Standards for Nursing Homes. *Health Economics* 2015; 24 (7): 822–39.
- CDU/CSU/SPD. Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005; [www.cdu.de/artikel/gemeinsam-fuer-deutschland-mit-mut-und-menschlichkeit-koalitionsvertrag-2005](http://www.cdu.de/artikel/gemeinsam-fuer-deutschland-mit-mut-und-menschlichkeit-koalitionsvertrag-2005) (06. Dezember 2015).
- DAV; Deutsche Aktuarvereinigung. Herleitung der Rechnungsgrundlagen DAV 2008 P für die Pflege(renten)zusatzversicherung. Richtlinie, Köln, 15.06.2015; [https://aktuar.de/unsere-themen/lebensversicherung/sterbetaeln/UT\\_LV\\_16.pdf](https://aktuar.de/unsere-themen/lebensversicherung/sterbetaeln/UT_LV_16.pdf) (06. Dezember 2015).
- Deutscher Bundestag. Ausschuss für Gesundheit. Änderungsantrag 18 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung. Ausschuss-Drucksache 17(14)287 vom 12.06.2012.
- Deutscher Bundestag. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II). Berlin: Drucksache 18/5926 vom 07.09.2015.
- Greß S, Bieback KJ. Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Gutachten für den Arbeiterwohlfahrt Bundesverband 2013. [www.awo.org/fileadmin/user\\_upload/documents\\_Awo/aktuelles\\_und\\_presse/Presse\\_Downloads/AWO-Gutachten\\_Umsetzung\\_Buergerversicherung.pdf](http://www.awo.org/fileadmin/user_upload/documents_Awo/aktuelles_und_presse/Presse_Downloads/AWO-Gutachten_Umsetzung_Buergerversicherung.pdf) (06. Dezember 2015).
- Jacobs K, Rothgang H. Der Pflege-Bahr: zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2012; 66 (5): 41–51.
- Jacobs K, Rothgang H. Der Pflege-Bahr: falsches Signal und untaugliches Geschäftsmodell. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2013; 67 (4): 24–7.
- Jacobs K, Rothgang H. Pferdefuß beim Pflegefonds. *Gesundheit und Gesellschaft* 2014; 17 (6): 26–9.
- Lin H. Revisiting the relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: An instrumental variables approach. *Journal of Health Economics* 2014; 37: 13–24.

- PKV; Verband der privaten Krankenversicherung. Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2014. Köln 2015a.
- PKV; Verband der privaten Krankenversicherung. Die private Pflegepflichtversicherung, Stand: Januar 2015. Köln 2015b. [www.pkv.de/service/broschueren/verbraucher/private-pflegepflichtversicherung.pdb.pdf](http://www.pkv.de/service/broschueren/verbraucher/private-pflegepflichtversicherung.pdb.pdf) (06. Dezember 2015).
- Reiners H. Generationengerechtigkeit und Nachhaltigkeit in der GKV-Finanzierung. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg). Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin 2013; 175–96.
- Rothgang H, Arnold R, Wendlandt K, Sauer S, Wolter A. Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten aus dem Zentrum für Sozialpolitik im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, Bremen 2011. [www.gruenebundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag\\_de/themen\\_az/pflege/solidaritaet\\_wirkt/gutachten\\_pflegebuergerversicherung.pdf](http://www.gruenebundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag_de/themen_az/pflege/solidaritaet_wirkt/gutachten_pflegebuergerversicherung.pdf) (06. Dezember 2015).
- Rothgang H, Jacobs K. Pflegereform 2014: Was ist zu tun? G+G Wissenschaft 2013; 13 (3): 7–14. Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden 2015.
- Walendzik A, Lux G, van der Linde K, Wasem J. Datenlage in der Gesetzlichen Pflegeversicherung (Soziale Pflegeversicherung und Private Pflegepflichtversicherung). Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft der Universität Duisburg-Essen. Diskussionspapier Nr. 214; Essen 2015. [www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/pdf/IBES\\_Diskussionsbeitrag\\_2015\\_Datenlage\\_in\\_der\\_Gesetzlichen\\_Pflegeversicherung\\_online.pdf](http://www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/pdf/IBES_Diskussionsbeitrag_2015_Datenlage_in_der_Gesetzlichen_Pflegeversicherung_online.pdf) (06.12.2015).
- Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drs. 2411-12. Berlin 2012.
- Zok K. Erwartungen an die Pflegereform. WIdO-monitor 2011; 8 (2): 1–8; [www.wido.de/wido\\_monitor\\_2\\_2011.html](http://www.wido.de/wido_monitor_2_2011.html) (06. Dezember 2015).
- Zok K. Wahrnehmungen zur eigenen Pflegebedürftigkeit. WIdO-monitor 2015; 12 (2): 1–12; [www.wido.de/wido\\_monitor\\_2\\_2015.html](http://www.wido.de/wido_monitor_2_2015.html) (06. Dezember 2015).

Teil II

# Daten und Analysen

---

(Kapitel 17)

This page intentionally left blank

# 17 Pflegebedürftigkeit in Deutschland

Antje Schwinger, Kathrin Jürchott, Chrysanthi Tsiasioti und Isabel Rehbein

## Abstract

Der Beitrag liefert ein ausführliches Bild zur Entwicklung von Pflegebedürftigkeit in Deutschland sowie der gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen. Die Analysen basieren auf der amtlichen Statistik der gesetzlichen Pflegeversicherung, auf standardisierten AOK-Daten sowie auf der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes. Mit Hilfe der amtlichen Statistik werden die Pflegeprävalenz und die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen dargestellt. Die AOK-Daten ermöglichen zudem Analysen zur Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie zur Verweildauer in der Pflegebedürftigkeit. Kennzahlen zur gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen beziehen sich auf die Inanspruchnahme von ärztlichen und stationären Leistungen, auf risikobehaftete Arzneimittelereignisse wie Polymedikation und Verordnungen gemäß der PRISCUS-Liste sowie die Inanspruchnahme von Physiotherapie und Ergotherapie. Die Ergebnisse werden jeweils in Bezug zur Versorgung der Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters gesetzt. Die Analysen unterscheiden sich nach Schwere der Pflege und spezifischem Versorgungssetting. Der Beitrag umfasst darüber hinaus eine Übersicht zur Pflegeinfrastruktur. Auf Basis der Pflegestatistik werden die Zahl der Pflegeheime und -dienste sowie die Qualifikation des Pflegepersonals analysiert.

The article provides detailed insight into the development of long-term care in Germany as well as the health care of people in need of care. The analyses are based on the official statistics of Statutory Long-Term Care Insurance, demographically adjusted AOK data and the statistics of the Federal Statistical Office. With the help of official statistics, the authors describe the prevalence of long-term care and the utilisation of care services. The AOK data also allow to analyse the utilisation of short-term and respite care as well as how long people remain in long-term care. The article provides key health care figures relating to the use of medical and hospital services, to medication events such as polypharmacy and prescriptions in accordance with the PRISCUS list as well as the use of physical and occupational therapy. The findings are set in relation to the health care supply of men and women of the same age who are not in need of long-term care. The analyses differ according to severity of care needs and specific care settings. The article also provides an overview of the long-term care infrastructure in Germany. Based on the official statistics, the number of nursing homes and services and the qualifications of the nursing staff are analysed.

## 17.1 Einleitung

Unsere gegenwärtige Definition von Pflegebedürftigkeit ist geprägt durch die Mitte der neunziger Jahre eingeführte soziale Pflegeversicherung (SPV). Sie schreibt fest, was Pflegebedürftigkeit im Sinne des XI. Sozialgesetzbuchs bedeutet und welche Leistungen den Betroffenen und ihren pflegenden Angehörigen zustehen. Bei Einführung der Pflegeversicherung lag der Fokus der Anspruchsdefinition allein auf somatisch bedingten dauerhaften Einschränkungen bei Aktivitäten des alltäglichen Lebens (wie z. B. der Körperpflege, der Mobilisation etc.). Seit Anfang des Jahrtausends sind jedoch zunehmend Ansprüche definiert worden, die sich aus kognitiv bedingten Bedarfslagen – d. h. aus einer so genannten eingeschränkten Alltagskompetenz – ergeben. Parallel wurde die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs diskutiert und wissenschaftlich vorbereitet (BMG 2009; BMG 2013).

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) tritt dieser neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in Kraft (BT-DRs. 18/5926). Ab dem 1. Januar 2017 gilt die neue, erweiterte Definition von Pflegebedürftigkeit. Durch die Einführung eines neuen Begutachtungsinstruments (NBA) wird die Bemessung der Leistungsansprüche – unabhängig von den zugrunde liegenden Ursachen – auf eine einheitliche und wissenschaftlich fundierte Grundlage gestellt. Personen mit kognitiver und somatischer Einschränkung werden mit Hilfe von sechs Modulen in einer einheitlichen Systematik erfasst. Aus dem jeweiligen Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten bzw. den Potenzialen bei der Gestaltung der entsprechenden Lebensbereiche wird die Schwere der Pflegebedürftigkeit abgeleitet und in fünf Pflegegrade differenziert. Perspektivisch wird sich unser Verständnis von Pflegebedürftigkeit damit verändern.

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die herkömmliche Pflegebedürftigkeit im Sinne des XI. Sozialgesetzbuchs und die hieraus resultierende Leistungsanspruchnahme. Darüber hinaus werden Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung dieses Personenkreises dargestellt.

Ein Schwerpunkt der Auswertungen liegt auf den Pflegeprävalenzen und den gewählten Versorgungsformen (Abschnitt 17.3). Es wird der Frage nachgegangen, wie hoch der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung ist (Pflegeprävalenz) und wie sich dieser im Zeitverlauf verändert hat. Auch die Schwere der Pflegebedürftigkeit – bezogen sowohl auf die somatische Definition als auch auf Einschränkungen der Alltagskompetenzen – wird in diesem Sinne aufbereitet. Ebenso werden die unterschiedlichen Pflegearrangements – d. h. die in Anspruch genommenen Leistungen der Pflegeversicherung – hinsichtlich Alter und Geschlecht und Schwere der Pflegebedürftigkeit dargestellt. Gezeigt wird auch, in welchem Umfang die Angebote der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege genutzt werden. Ebenso wird dargestellt, wie lange die Personen in der Pflegebedürftigkeit verweilen. Die Darstellung erfolgt nach Alter und Geschlecht, Schwere der Pflege und Versorgungssetting. Der zweite Schwerpunkt (Abschnitt 17.4) analysiert die Pflegeleistungsempfänger hinsichtlich der Inanspruchnahme von ärztlichen und stationären Leistungen sowie in Bezug auf ihre Arznei- und Heilmitteltherapien. Die Ergebnisse werden nach Alter und Geschlecht, der Schwere der Pflegebedürftigkeit und nach der Versorgungsform dargestellt. Anschließend wird eine Übersicht zur Pflegeinfrastruktur gegeben (Abschnitt 17.5). Dargestellt

werden die ambulanten und stationären Angebotsstrukturen und deren Veränderung im Zeitverlauf. Ebenso wird das beschäftigte Personal mit seinen Qualifikationen beschrieben.

## 17.2 Datengrundlage und Methoden

Die Analysen basieren auf der amtlichen Statistik der gesetzlichen Pflegeversicherung, auf standardisierten AOK-Daten sowie auf der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes.

### Daten der amtlichen Statistik der Pflegeversicherung

Die amtliche Statistik PG2 „*Leistungsempfänger nach Pflegestufen, Altersgruppen und Geschlecht*“ ist Teil der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der SPV und umfasst alle pflegebedürftigen Leistungsempfänger. Sie enthält Informationen über Alter und Geschlecht der gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen, die Schwere der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) und über die Pflegesettings der Betroffenen – ambulant oder stationär. Auch Personen in Stufe 0, d. h. Personen, die eine im Sinne des SGB XI anerkannte eingeschränkte Alltagskompetenz unterhalb einer Pflegestufe aufweisen, sind erfasst. Informationen darüber, ob Personen zusätzlich zu einer Pflegestufe auch eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, werden jedoch erst ab dem Berichtsjahr 2015 erhoben. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass die PG2 eine stichtagsbezogene Statistik ist, die von allen Trägern der sozialen Pflegeversicherung am 30. Juni bzw. 31. Dezember zu erstellen und zu melden ist. Die Daten der amtlichen Statistik werden dafür genutzt, einen Überblick über die Gesamtanzahl aller gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen und die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen in Deutschland zu geben. Die Betrachtungen sind jedoch immer stichtagsbezogen. Die Analyse von Pflegeverläufen auf individueller Ebene ist nicht möglich.

### Daten der AOK und deren Standardisierung

Die Analysen basieren im Weiteren auf anonymisierten<sup>1</sup> Abrechnungsdaten der AOK. Für die gesetzliche Pflegeversicherung steht dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) ab 2011 ein bundesweiter Datensatz zur Verfügung. Die Daten können sowohl jahresübergreifend als auch in Kombination mit weiteren im WiDO vorliegenden Abrechnungsinformationen der gesetzlichen Krankenversicherung analysiert werden. Informationen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V sind kein Bestandteil der Analysen. Anders als bei der amtlichen Statistik PG2 können die Analysen auf Basis dieser AOK-Routinedaten sowohl zeitpunkt- als auch zeitraumbezogen dargestellt werden.

Für die Standardisierung der AOK-Routinedaten wird entweder die PG2 – wenn allein Pflegebedürftige betrachtet werden – oder die amtliche Statistik KM6 – wenn die Ergebnisse sich auf alle gesetzlich Versicherten beziehen – herangezogen. Die

<sup>1</sup> Anonymisiert gemäß § 67 (8) SGB X

KM6 ist eine amtliche Statistik über die Versicherten der GKV mit Erhebungsstichtag 1. Juli jeden Jahres. Für die Zuordnung zu den einzelnen Altersgruppen ist das Geburtsjahr, nicht der Geburtstag des Versicherten maßgebend. Die im gleichen Jahr geborenen Versicherten sind also stets in der gleichen Altersgruppe, auch wenn ihr Geburtstag nach dem Stichtag der Zählung liegt. Neben den Angaben zum Wohn- und Versicherungsort enthält die KM6 auch Informationen zum Geschlecht und zur Altersgruppe.

Damit erfolgt die Darstellung der AOK-Routinedaten so, als würden die AOK-Pflegebedürftigen bzw. die AOK-Versicherten bezogen auf 5-Jahres-Altersklassen die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen wie die gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen insgesamt (Standardisierung auf die amtliche Statistik der PG2) bzw. wie die gesetzlich versicherte Bundesbevölkerung (Standardisierung auf die amtliche Statistik der KM6). Im Sinne der Übertragbarkeit der dargestellten Ergebnisse auf die bundesdeutsche gesetzlich versicherte Bevölkerung sind damit Verzerrungen ausgeglichen, die aufgrund von Alters- und Geschlechtsunterschieden zwischen AOK- und Bundespopulation auftreten können. Andere Einflussgrößen, die eine Inanspruchnahme von Pflege- oder Gesundheitsleistungen bedingen, betrifft dies jedoch nicht.

### Daten der Pflegestatistik

Die Pflegestatistik ist eine seit 1999 alle zwei Jahre wiederkehrende Vollerhebung aller Leistungsempfänger, Leistungsanbieter und des Personals, das im Sinne des SGB XI tätig ist (§ 109 (1) SGB XI, PflegeStatV). Die Erhebung umfasst alle pflegebedürftigen Bundesbürger, die im Sinne des SGB XI versichert sind, unabhängig davon, ob bei einer gesetzlichen oder einer privaten Pflegeversicherung. Stichtag der Erfassung ist der 15. bzw. 31. Dezember. Bereitgestellt werden die Daten durch das Statistische Bundesamt ca. ein Jahr nach der Erhebung. Die Pflegestatistik erfasst die vorhandenen Anbieter und das dort beschäftigte Personal. Erfasst werden somit auch Angebotsstrukturen und Personal, die bzw. das leistungsrechtlich z. B. im Rahmen der Krankenversicherung (häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V) oder durch die Sozialhilfeträger (Hilfe zur Pflege § 61 SGB XII) finanziert werden. Die Daten der Pflegestatistik sind Grundlage der Analyse zur Pflegeinfrastruktur in Abschnitt 17–5.

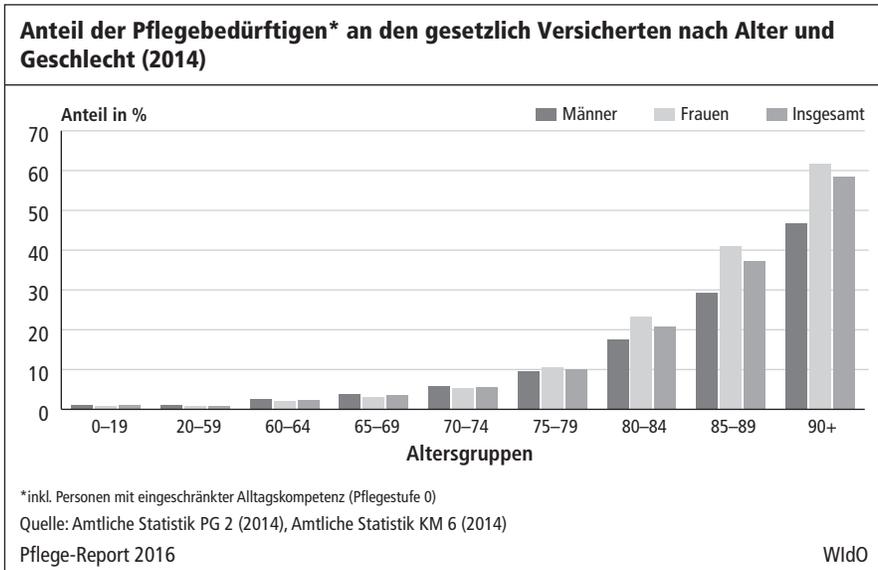
## 17.3 Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit

### 17.3.1 Prävalenz der Pflegebedürftigkeit

#### Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht

Laut Sozialgesetzbuch XI – das die Pflegeversicherung regelt – gelten Personen als pflegebedürftig, die „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer (...) Hilfe“ benötigen (§ 14 SGB XI). Im Jahr 2013 waren laut amtlicher Statistik der gesetzlichen Pflegeversicherung 2,7 Mio. Personen in diesem Sinne pflegebedürftig. Über zwei Drittel

Abbildung 17-1



(63,4%) der Pflegebedürftigen sind Frauen (dies entspricht 1,7 Mio. Pflegebedürftige). Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen (51,8%) ist 80 Jahre und älter (1,4 Mio. Pflegebedürftige). Von Pflegebedürftigkeit sind aber auch Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre (122 000 Personen bzw. 4,5% der Pflegebedürftigen) und Personen im erwerbsfähigen Alter (354 000 Personen bzw. 13%) betroffen. Insgesamt sind damit 17,5% der Pflegebedürftigen jünger als 60 Jahre alt.

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein, grundsätzlich an (Abbildung 17-1). Bei den Kindern und Jugendlichen sowie den Personen im erwerbsfähigen Alter ist rund einer von hundert gesetzlich Krankenversicherten pflegebedürftig. Erst in den höheren Altersgruppen ab 60 Jahre steigt der Anteil der Pflegebedürftigen deutlich an. Sind bei den 60- bis 65-Jährigen nur 2,4 von 100 Bundesbürgern pflegebedürftig, so ist dies bei den 75- bis 79-Jährigen bereits jeder Zehnte und bei den 80- bis 84-Jährigen jeder Fünfte (20,9%) in dieser Altersgruppe. Danach verdoppelt sich die Prävalenzrate nahezu: Bei den 85- bis 89-Jährigen sind rund 37% und bei den über 90-Jährigen mit 58% sogar die Mehrzahl der Personen in diesem Alter pflegebedürftig.

Zudem unterscheidet sich die Pflegeprävalenz zwischen Männern und Frauen mit zunehmendem Alter immer stärker (Abbildung 17-1): Bei Personen bis 80 Jahre liegt diese noch relativ eng beieinander. In den folgenden Altersgruppen sind die Frauen zunehmend deutlich stärker betroffen: Während z. B. bei den 85- bis 90-jährigen Männern 29% pflegebedürftig sind, gilt dies bei den gleichaltrigen Frauen für knapp 41%. Bei den über 90-jährigen Männern ist schließlich beinahe jeder Zweite (47%) betroffen, bei den gleichaltrigen Frauen hingegen sind es nahezu zwei von drei (62%).

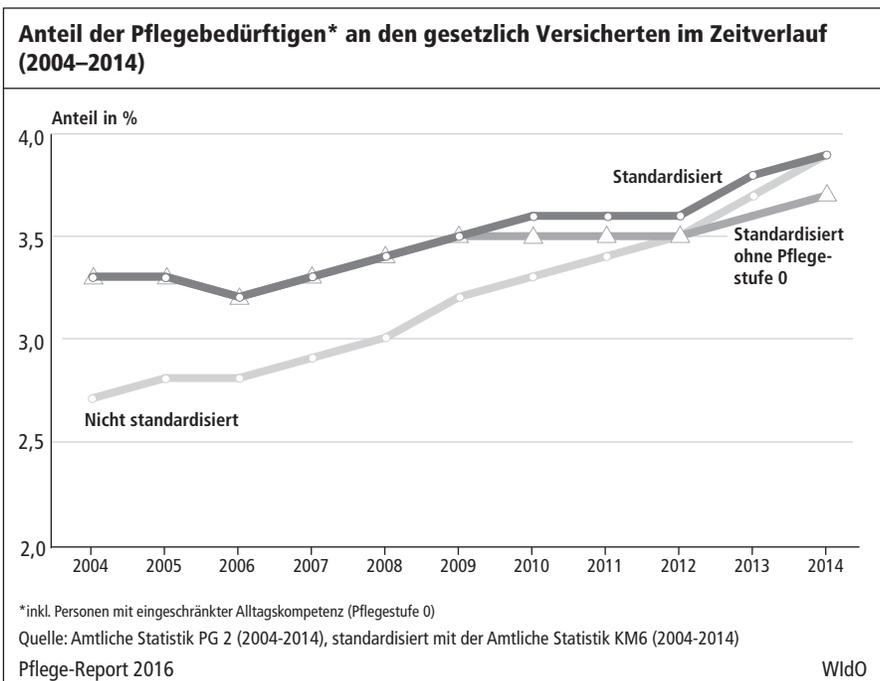
## Veränderung der Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf

Die aktuelle Zahl der Pflegebedürftigen ist innerhalb der letzten zehn Jahre deutlich angestiegen: Im Jahre 2014 waren im Durchschnitt 3,9 % der gesetzlich versicherten Bundesbürger pflegebedürftig bzw. hatten eine durch die gesetzliche Pflegeversicherung anerkannte eingeschränkte Alltagskompetenz. Zehn Jahre zuvor (2004) waren dies noch 2,7 %, was einem Anstieg von ca. 44 % entspricht. Bereinigt man die Werte um die fortschreitenden Alterungsprozesse der Gesellschaft und legt für die Jahre vor 2004 die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur wie für 2014 zugrunde, dann zeigt sich aber folgendes Bild (Abbildung 17–2): Der Anteil der Pflegebedürftigen ist deutlich schwächer gestiegen und hätte 2004 schon bei 3,3 % gelegen.

Der Anstieg ist dabei wesentlich durch die Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises zu erklären. Seit Mitte des Jahres 2009 sind Personen, die zwar keinen Hilfebedarf im Sinne der definierten Pflegestufen, dafür aber bei ihrer Alltagskompetenz aufweisen, ebenfalls leistungsberechtigt (siehe auch 17.3.2). Nimmt man diese Personen mit der sogenannten Pflegestufe 0 aus den Betrachtungen heraus, so zeigt sich, dass der Anstieg der Pflegebedürftigkeit noch moderater gewesen wäre. Im Jahr 2014 beträgt der Anteil der Pflegebedürftigen nach dieser Berechnung 3,7 %. Bereinigt um die demografiebedingte Alterung der Gesellschaft hätte der Anteil 2004 bereits bei 3,3 % gelegen. Der Anstieg liegt damit bei ca. 12 %.

Die beobachtete Zunahme der Pflegebedürftigen um 44 % innerhalb der letzten zehn Jahre geht dementsprechend weit überwiegend auf die Entwicklung der Al-

Abbildung 17–2



ters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung sowie auf die Ausdehnung des anspruchsberechtigten Personenkreises zurück.

### 17.3.2 Schwere der Pflegebedürftigkeit

Bei der Schwere der Pflegebedürftigkeit werden in der Pflegeversicherung definitiv drei Stufen unterschieden (Tabelle 17–1): Personen in der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) benötigen mindestens einmal täglich und für mindestens 45 Minuten Hilfe bei ihrer Körperpflege, Ernährung oder Mobilität. In der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) benötigen die Betroffenen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten insgesamt mindestens zwei Stunden Hilfe bei diesen Verrichtungen. In der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) wird von einem mindestens vierstündigen Hilfebedarf rund um die Uhr – auch nachts – ausgegangen. Darüber hinaus müssen alle Personen einen Hilfebedarf auch bei der hauswirtschaftlichen Versorgung aufweisen.

Über die Pflegestufe III hinaus können in Einzelfällen zur Vermeidung von Härten weitere Leistungen gewährt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt (§ 36 (4) SGB XI und § 43 (3) SGB XI). Diese sogenannten Härtefälle liegen beispielsweise bei Apallikern vor, bei schwerer Demenz, Krebserkrankungen im Endstadium oder wenn in der ambulanten Pflegesituation regelmäßig auch mehrfach in der Nacht Hilfe geleistet werden muss.

Seit dem ersten Juli 2008 haben auch Personen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, selbst wenn sie keinen Hilfebedarf im Sinne der oben beschriebenen Pflegestufen aufweisen. Auf diese Einstufung wird im Weiteren ausführlicher eingegangen.

Tabelle 17–1

#### Abgrenzung der Pflegestufen nach § 15 SGB XI

Pflegestufe	Hilfebedarf bei Körperpflege, Ernährung oder Mobilität (Grundpflege)	Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung	Täglicher Zeitaufwand einer nicht als Pflegekraft ausgebildeten Pflegeperson
Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)	Mindestens einmal täglich Hilfebedarf bei wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen	Hilfebedarf mehrfach in der Woche	Mindestens 90 Minuten (Grundpflege mehr als 45 Minuten)
Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)	Mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfebedarf	Hilfebedarf mehrfach in der Woche	Mindestens drei Stunden (Grundpflege mindestens zwei Stunden)
Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)	Rund um die Uhr, auch nachts, Hilfebedarf	Hilfebedarf mehrfach in der Woche	Mindestens fünf Stunden (Grundpflege mindestens vier Stunden)

Quelle: Zusammenstellung gemäß SGB XI

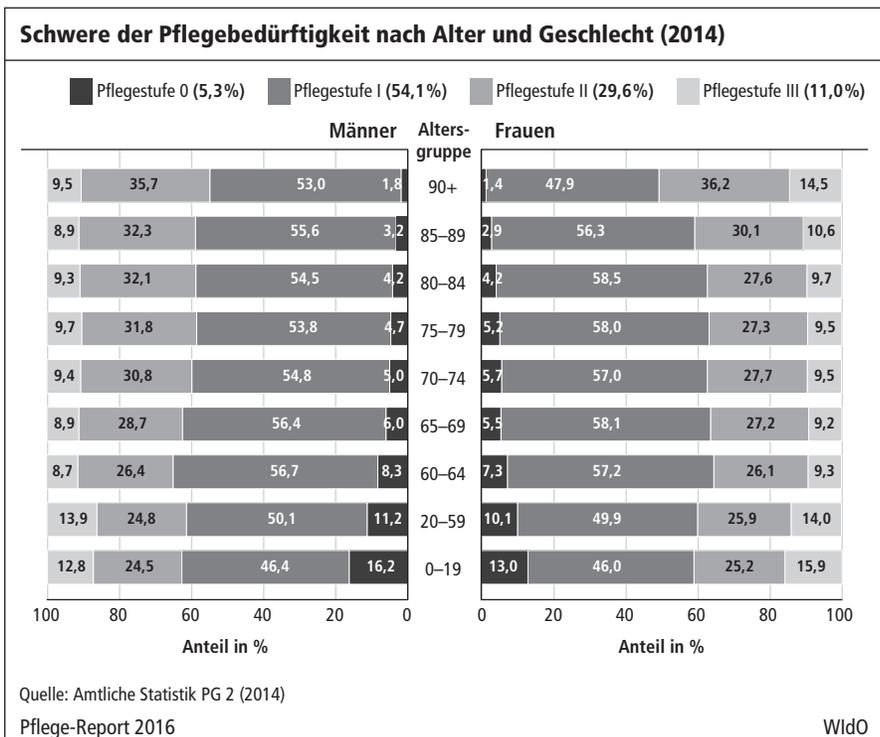
### Schwere der Pflegebedürftigkeit nach Alter und Geschlecht

Mit einem Anteil von 54% waren 2014 über die Hälfte der Pflegebedürftigen der Pflegestufe I zugeordnet, weitere 30% waren in die Pflegestufe II eingruppiert und 11% in die Stufe III. 5% der Pflegebedürftigen hatten Einschränkungen unterhalb der Pflegestufen, die allein in ihrer eingeschränkten Alltagskompetenz gründen (Pflegestufe 0). Bei der Einteilung in Pflegestufen zeigen sich Unterschiede zwischen den Altersgruppen und den Geschlechtern (Abbildung 17–3).

Deutlich wird zunächst, dass bei den Kindern und Jugendlichen und ebenso bei den Pflegebedürftigen im erwerbsfähigen Alter die Pflegebedürftigkeit im Vergleich zu den höheren Altersgruppen schwerer ausfällt: 16% der pflegebedürftigen Mädchen und 13% der pflegebedürftigen Jungen sind in der Stufe III verortet. Aus der Gruppe der Erwerbstätigen (20 bis 59 Jahre) sind bei beiden Geschlechtern rund 14% in der Pflegestufe III. Gleichzeitig fällt der Anteil in Stufe I im Vergleich zu den höheren Altersgruppen deutlich niedriger aus. Bereits hier zeigt sich also, dass Pflegebedürftigkeit, die in angeborenen Beeinträchtigungen, Unfällen oder chronischen Erkrankungen gründet, von derjenigen zu differenzieren ist, die aus dem Alterungsprozess heraus entsteht.

Auffällig ist zudem, dass die Männer in den Altersgruppen ab 60 grundsätzlich einen höheren Anteil in der Pflegestufe II aufweisen. Der Anteil der Männer in der Stufe I hingegen liegt unter dem der gleichaltrigen Frauen. Allein bei den sehr alten

Abbildung 17–3



Personen ab 90 Jahre sind Frauen überproportional in den Pflegestufen II und III vertreten (Abbildung 17–3).

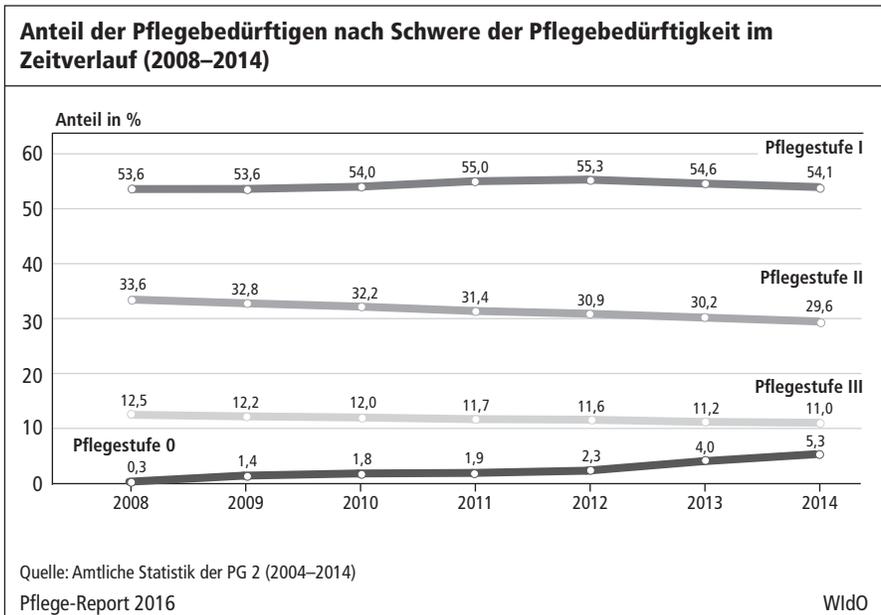
### Veränderung der Schwere der Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf

Die Verteilung der Schwere der Pflegebedürftigkeit hat sich im Laufe der letzten Jahre gewandelt. Dargestellt sind die Veränderungen ab 2008, da ab diesem Zeitpunkt der Anspruch auf die Stufe 0 hinzugekommen und der Anteil der Pflegebedürftigen in dieser Stufe bis 2014 auf 5% angestiegen ist (Abbildung 17–4). Dieser Effekt ist auch zu beobachten, wenn man für 2004 die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur wie für 2011 anlegt, denn die Ausgangswerte verändern sich nur marginal. Die Veränderungen in den Pflegestufen sind also nicht darauf zurückzuführen, dass der Anteil von älteren Personen an den gesetzlich Versicherten zunimmt.

### Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Neben den Ansprüchen, die sich aus einer Zuordnung zu den beschriebenen Pflegestufen ergeben, bestehen seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus dem Jahre 2008 auch Leistungsansprüche für Personen mit einem erheblichen Betreuungsbedarf. Aufgrund der engen Orientierung bei der Definition von Pflegebedürftigkeit an Hilfebedarfen bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung wurden u. a. Zeiten der allgemeinen Betreuung und Beaufsichtigung bis dato nicht als Pflegebedarf erfasst. Gerade bei demenziell Erkrankten oder anders gerontopsychiatrisch betroffenen Personen, psychisch Erkrankten oder auch

Abbildung 17–4



Menschen mit Behinderung kann Betreuung oder Beaufsichtigung jedoch den überwiegenden Hilfebedarf ausmachen.<sup>2</sup>

Vor diesem Hintergrund wurden die gesetzlichen Regelungen mit Wirkung zum 1. Juli 2008 angepasst. Der Kreis der Anspruchsberechtigten wurde auch auf Personen ausgeweitet, die keinen Hilfebedarf im Sinne der definierten Pflegestufen aufweisen (§ 45a SGB XI). Die Betroffenen konnten von nun an ambulante Betreuungsleistungen von 100 bzw. 200 Euro monatlich nutzen (§ 45a SGB XI). In vollstationären Pflegeheimen wurden ebenfalls ergänzende Betreuungsleistungen geschaffen (§ 87b SGB XI). Gleichzeitig wurde die Entwicklung neuer Angebote und Versorgungsformen in diesem Bereich finanziell gefördert (§ 45c SGB XI).

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz des Jahres 2012 wurden die Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI dann erneut erweitert. Neben den bisherigen Leistungen konnten ab 01.01.2013 auch Personen, die einen Hilfebedarf unterhalb einer Pflegestufe aufweisen, Pflegesachleistungen oder Pflegegeld in Höhe von 225 Euro bzw. 120 Euro in Anspruch nehmen (§ 123 SGB XI).

Ein Anspruch auf Pflegeleistungen aufgrund eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) kann auch zusätzlich zu einer Pflegestufe vorliegen. Etwas vereinfacht gesprochen erfasst die Pflegestufe die somatisch orientierten Defizite bei der Körperhygiene, der Ernährung sowie der Mobilität. Die Einstufung als Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz (im Folgenden: PEA-Status) zeigt hingegen an, ob die Person darüber hinaus aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen dauerhaft so eingeschränkt ist, dass sie zusätzlich zu dem somatisch orientierten Hilfebedarf einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf aufweist.

Legt man die AOK-Daten zugrunde und standardisiert diese so, dass innerhalb jeder Pflegestufe von der gleichen Alters- und Geschlechtsverteilung wie bei allen gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen ausgegangen wird, so hat rund die Hälfte (47,4%) einen solchen PEA-Status (Abbildung 17–6). In der Stufe I beträgt der Anteil der Pflegebedürftigen mit PEA-Status 30%. Von den Personen in der Pflegestufe II ist bereits deutlich mehr als jeder Zweite (55,2%) von einer Einschränkung der Alltagskompetenz betroffen und in der Stufe III benötigen vier von fünf Pflegebedürftigen (81,1%) aufgrund dieser Einschränkung entsprechende Hilfen bei der allgemeinen Betreuung (Abbildung 17–5).

Abbildung 17–6 zeigt die Personen mit PEA-Status nach Alter und Geschlecht. Zu beobachten ist zum einen ein – aus den dahinterstehenden spezifischen Ursachen der Pflegebedürftigkeit resultierender – überproportionaler Anteil von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen mit entsprechendem Betreuungsbedarf: bei den Jungen 81% und bei den Mädchen 74%. Weiterhin kann in den Altersgruppen

2 Bereits 2002 war mit dem Pflege-Leistungsergänzungsgesetz ein Leistungsanspruch von 460 Euro pro Jahr für ambulant versorgte Pflegebedürftige mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Betreuung geschaffen worden. Der Leistungsanspruch bezog sich jedoch nur auf Personen, die auch entsprechende Einschränkungen bei den Verrichtungen zur Bewältigung des Alltags und damit eine entsprechende Pflegestufe aufwiesen (§§ 45a und 45b SGB XI). Zudem beschränkte sich dieser Anspruch auf Personen in der ambulanten Versorgung, während für Bewohner von Pflegeheimen weiterhin kein Leistungsbezug für allgemeine Betreuung möglich war.

Abbildung 17-5

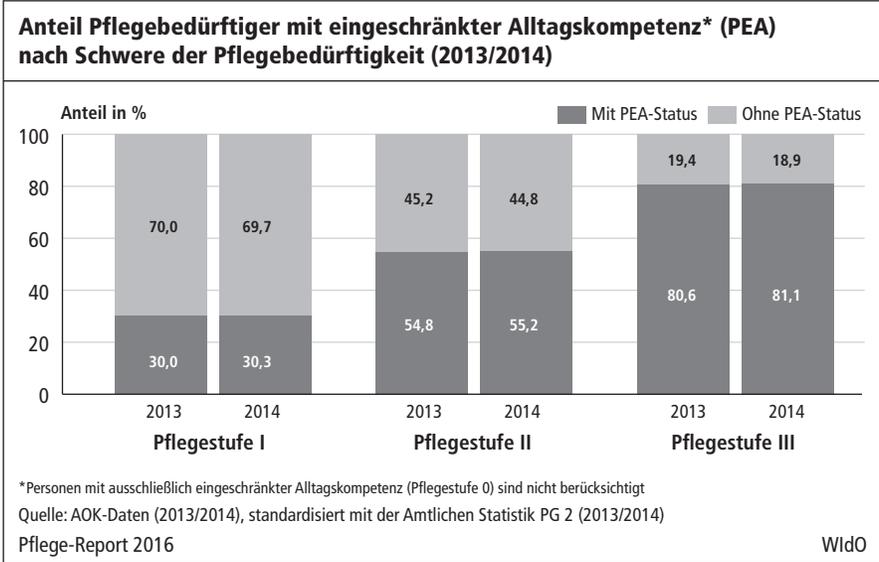
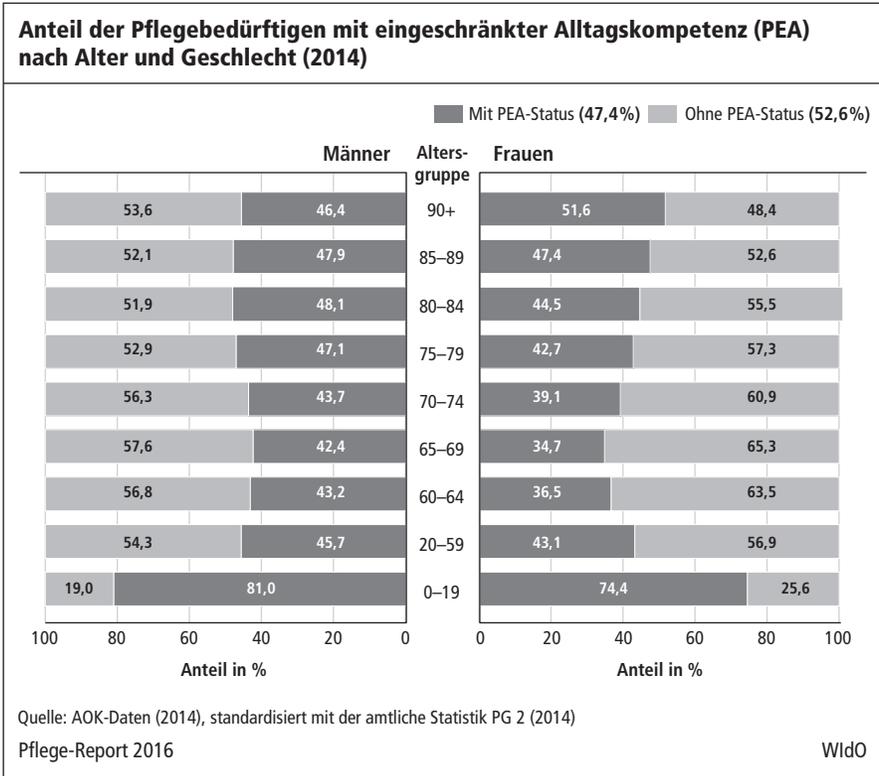


Abbildung 17-6



ab 70 Jahre der altersbedingte Anstieg der eingeschränkten Alltagskompetenz beobachtet werden. Gleichzeitig ist zu sehen, dass bis zu einem Alter von 84 Jahren die Männer gegenüber den Frauen einen deutlich höheren Anteil von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz aufweisen und dass sich das Verhältnis schließlich bei über 90-Jährigen umkehrt.

### 17.3.3 Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit

Leistungen aus der Pflegeversicherung umfassen eine Vielzahl an Hilfestellungen für Pflegebedürftige und deren Pflegepersonen (Tabelle 17–2). Zur finanziellen Unterstützung für eine selbst beschaffte Pflegehilfe ist das Pflegegeld gedacht. Der Pflegebedürftige erhält einen nach Pflegestufe differenzierten monatlichen Geldbetrag und stellt damit seine Versorgung selbst sicher. In der Regel bedeutet dies, dass der Pflegebedürftige durch einen Angehörigen (Ehepartner/in, Tochter) oder auch durch Freunde, Nachbarn oder Bekannte gepflegt wird. Man spricht in diesem Fall auch von einem informellen Pflegearrangement, da (regelmäßig) kein professioneller Pflegedienst etc. in die Pflege eingebunden ist.

Der Pflegebedürftige kann aber auch wählen und gleichzeitig Hilfestellungen durch Pflegedienste – so genannte Pflegesachleistungen – in Anspruch nehmen. Er kann hierfür seinen gesamten Leistungsanspruch verwenden oder Geld- und Sachleistungsbezug kombinieren. Für die Organisation solcher sogenannter professioneller oder formeller Pflegearrangements erhält er höhere Leistungspauschalen. Zudem können niedrigschwellige Betreuungsangebote genutzt werden. Dies sind kommunal und ehrenamtlich organisierte Angebote bzw. Modellvorhaben, insbesondere für demenziell Erkrankte, die seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 eine Förderung durch die Pflegekassen erfahren. Durch das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) können seit 2015 auch bis zu 40 % der Sachleistungsgelder für die Nutzung solcher Versorgungsformen verwendet werden.

Neben den Leistungen je Pflegestufe wurden im Sinne einer Übergangsregel bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Sach- und Geldleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (PEA) eingeführt.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Geld- und Sachleistungen mit einer Tages- und Nachtpflege zu ergänzen. Der Pflegebedürftige kann hierdurch in einer teilstationären Einrichtung betreut und gepflegt werden. Neben den Leistungen zur Abdeckung des täglichen Hilfebedarfs können Pflegebedürftige, die im ambulanten Kontext versorgt werden, Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, um die Hauptpflegeperson für einige Wochen im Jahr zu entlasten. Kurzzeitpflege kann darüber hinaus nach einem Krankenhausaufenthalt genutzt werden, um den Übergang in die weitere Pflege abzusichern.

Ist eine ambulante Pflege nicht (mehr) möglich, so finanziert die Pflegeversicherung bis zu den entsprechenden Pflegesätzen Aufwendungen für (Grund-)Pflege, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung in Pflegeheimen. Für die Aktivierung und Betreuung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird den Pflegeheimen zudem zusätzliches Betreuungspersonal finanziert (Tabelle 17–2).

Tabelle 17–2

**Ausgewählte Leistungen der Pflegeversicherung mit Stand Pflegestärkungsgesetz I**

Leistungsart	Erläuterung	Leistungshöhen
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)	Professionelle Pflegedienste erbringen Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilität oder Hauswirtschaft	Pflegestufe I : 468 € Pflegestufe II : 1 144 € Pflegestufe III : 1 612 € [Bis zu 40% der Gelder können für Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI genutzt werden.]
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§37 SGB XI)	Pflege wird durch einen Angehörigen etc. selbst sichergestellt.	Pflegestufe I : 244 € Pflegestufe II : 458 € Pflegestufe III : 728 €
Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung § 38 SGB XI)	Kombination von Leistungen durch Pflegedienste und Pflege, die selbst sichergestellt wird	Pflegesachleistung und Pflegegeld werden je nach Aufteilung auf Dienste und selbst sichergestellte Pflege anteilig ausgezahlt (z.B. 50:50)
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)	Ersatzpflege, z. B. aufgrund von Urlaub oder Krankheit der Pflegeperson für längstens sechs Wochen im Jahr	Bei Pflegepersonen, die verwandt mit dem Pflegebedürftigen sind oder mit ihm in einem Haushalt leben, gilt die Höhe des Pflegegeldes; bei allen anderen Pflegepersonen bis 1 612 €; Erhöhung auf bis zu 2 418 €, wenn hierfür keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurde
Pflegehilfsmittel (§ 40 (2) SGB XI)		Aufwendungen für zum Gebrauch bestimmte Pflegehilfsmittel bis 40 € monatlich
Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen (§ 40 (4) SGB XI)	Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	bis zu 4 000 € je Maßnahme
Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	Angebote der Tages- und Nachtpflege können zusätzlich zum Pflegegeld, Sach- oder Kombinationsleistungen in Anspruch genommen werden	Pflegestufe I : 468 € Pflegestufe II : 1 144€ Pflegestufe III : 1 612€
Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	Ersatzpflege, z. B. in Krisensituationen, in denen eine häusliche Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist oder im Übergang einer stationären Behandlung	bis zu 1 612 €; Erhöhung auf bis zu 3 224 €, wenn hierfür keine Verhinderungspflege in Anspruch genommen wurde, in diesem Fall bis zu acht Wochen im Jahr
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	Finanzierung der pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu den jeweiligen Pflegesätzen	Pflegestufe I : 1 064 € Pflegestufe II : 1 330 € Pflegestufe III : 1 612 €
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI)		266 €
Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b SGB XI)	Betreuungsleistungen durch niedrigschwellige d. h. primär ehrenamtliche Angebote, deren Ausbau seit 2008 gefördert wird	104 € bzw. 208 €

Tabelle 17–2

**Fortsetzung**

Leistungsart	Erläuterung	Leistungshöhen
Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 87b SGB XI)	Pflegeeinrichtungen vereinbaren Vergütungszuschläge für zusätzliches Betreuungspersonal zur Aktivierung und Betreuung von PEA nach § 45a SGB XI.	Die Vergütungszuschläge sind so bemessen, dass bezogen auf 20 anspruchsberechtigte Personen eine Vollzeitbetreuungskraft finanziert werden kann.
Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 123 SGB XI)	Als Übergangsregel bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurden Sach- und Geldleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (PEA) eingeführt.	„Stufe 0“ mit PEA-Status: Pflegegeld 123 €/ Pflegesachleistung 231 € Stufe I mit PEA-Status: Pflegegeld zzgl. 72 €/ Pflegesachleistung 221 € Stufe II mit PEA-Status: Pflegegeld zzgl. 87 €/ Pflegesachleistung 154 €

Quelle: Zusammenstellung gemäß SGB XI / Pflegestärkungsgesetz I

Pflege-Report 2016

WIdO

**Versorgungsformen nach Alter und Geschlecht**

Im Jahr 2014 wurden knapp drei von vier Pflegebedürftigen (73,6%) in ihrer häuslichen Umgebung betreut. Die Hälfte aller Pflegebedürftigen (50,4%) bezog ausschließlich Pflegegeld. 23% entschieden sich entweder für eine Kombination aus Geld- und Sachleistung oder für den alleinigen Bezug von Sachleistungen. Nur jeder vierte Pflegebedürftige (26,4%) wurde in einem stationären Pflegeheim versorgt (Abbildung 17–7).

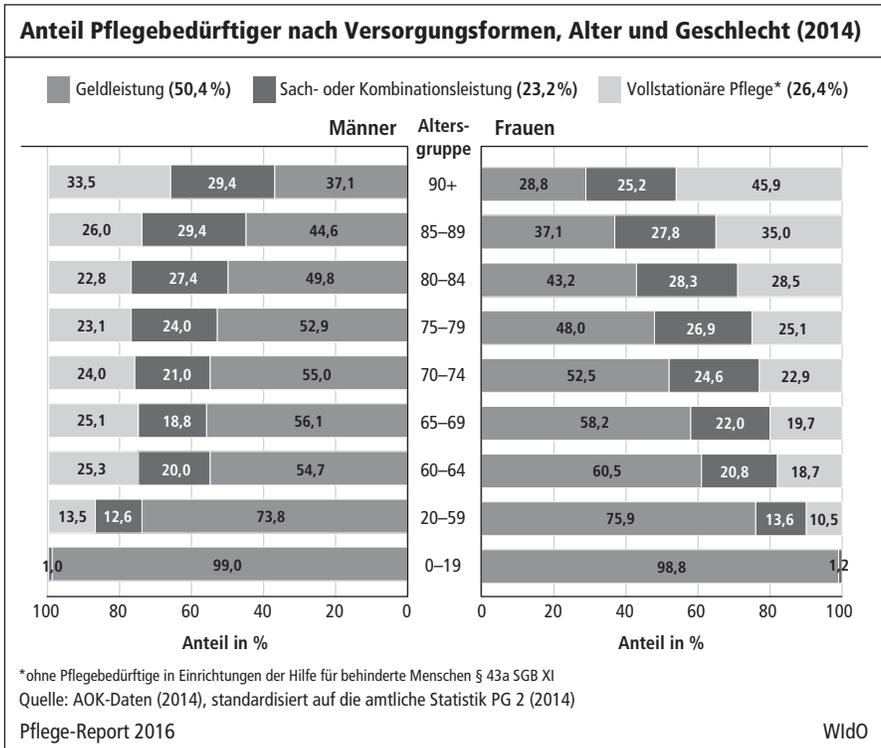
Die Abbildung 17–7 veranschaulicht, dass der Anteil der Personen mit ausschließlichem Pflegegeldbezug altersspezifisch sehr unterschiedlich ist. Kinder und Jugendliche werden nahezu immer durch Angehörige versorgt (ausschließlicher Bezug von Pflegegeld). Bei den Personen im Alter von 20 bis 59 Jahren trifft dies auf rund 74% bei den Männern und 76% bei den Frauen zu.

Auch Pflegebedürftige zwischen 60 und 74 Jahren sind noch überwiegend reine Geldleistungsbezieher. Der Anteil der Pflegebedürftigen im Pflegeheim liegt hier bei den Männern zwischen 24 und 25%. Die Frauen hingegen sind in diesen Altersgruppen deutlich seltener im Pflegeheim. In den höheren Altersgruppen kehrt sich das Verhältnis um: Ab 75 Jahren sind es die Frauen, die häufiger stationär versorgt werden. In der zehnten Lebensdekade steigt der Anteil Pflegebedürftiger in stationärer Versorgung bei den Frauen schließlich auf 46%, bei den Männern hingegen nur auf 34%. Männer werden folglich – insbesondere in sehr hohem Alter – weitaus häufiger im ambulanten Setting gepflegt als Frauen.

**Schwere der Pflegebedürftigkeit nach Versorgungsformen**

Die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Versorgungsformen unterscheidet sich zwischen den Pflegestufen erheblich. Während bei den reinen Pflegegeldbeziehern im Jahr 2014 deutlich mehr als zwei von drei Pflegebedürftigen (67,1%) die Stufe I

Abbildung 17-7



aufwiesen, ist das Verhältnis in der stationären Pflege fast umgekehrt: Hier ist mit 39% nur etwas mehr als einer von drei Heimbewohnern in der Stufe I. Von den Geldleistungsempfängern sind nur 7% schwerstpflegebedürftig (Stufe III). Im stationären Setting ist dies jeder Fünfte (21,1%) (Abbildung 17-8).

**Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach Versorgungsform**

Ähnliches zeigt sich für den Anteil Pflegebedürftiger mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Abbildung 17-9). Bei den Geldleistungsbeziehern ist der Anteil mit rund 37% im Jahr 2014 deutlich unterproportional. Im stationären Setting hat sich das Verhältnis wiederum umgekehrt. Hier sind mit rund 70% doppelt so viele Personen von einer eingeschränkten Alltagskompetenz betroffen.

**Inanspruchnahme von Tagespflege, Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege**

Pflegebedürftige, die in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, haben die Möglichkeit, zusätzlich zum Pflegegeld bzw. parallel zur ergänzenden Versorgung durch einen Pflegedienst weitere Unterstützungsleistungen zu nutzen. Dies ist zum einen die Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI), die ab dem Jahr 2015 (d. h. mit Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes I) additiv zu Pflegegeld und Pflegedienst in Anspruch genommen werden kann. Das Angebot richtet sich insbesondere an demenziell erkrankte Personen, damit diese für Zeiten im Tagesablauf in einer entspre-

Abbildung 17–8

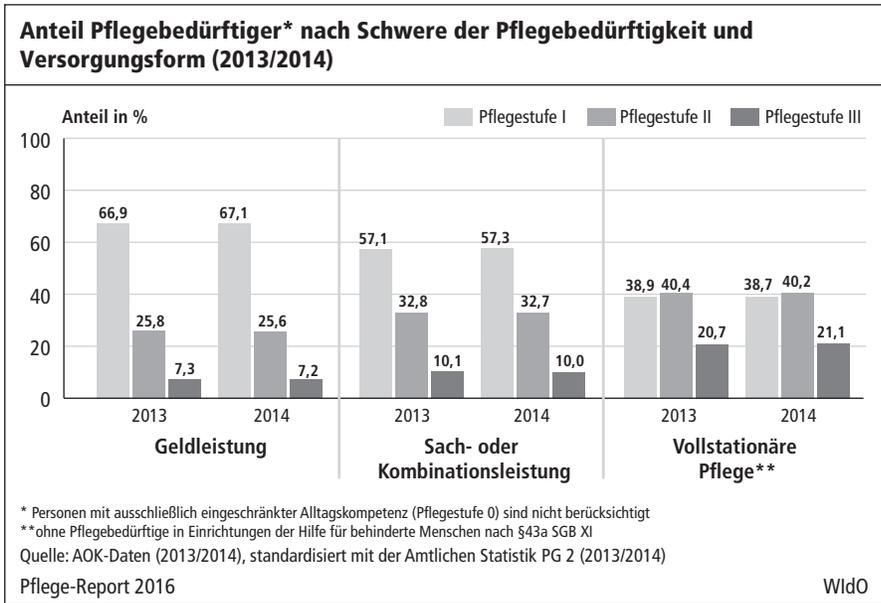


Abbildung 17–9

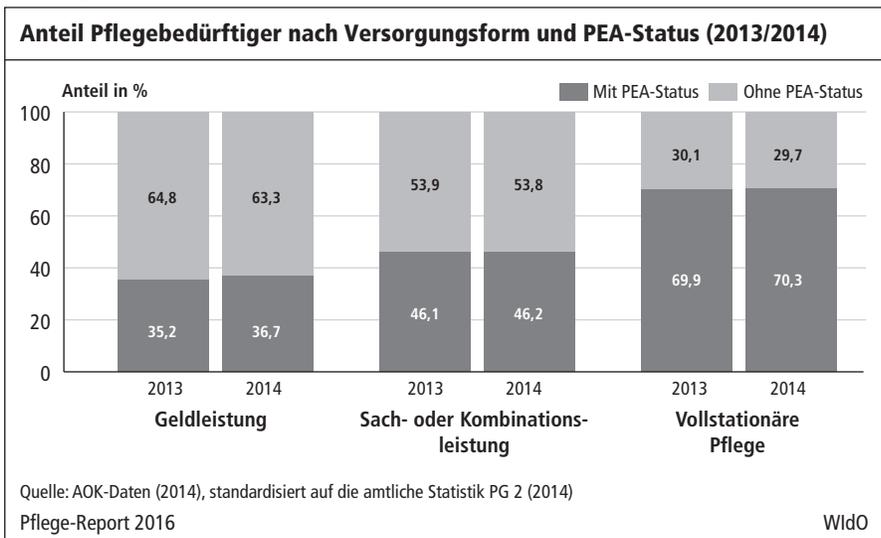


Tabelle 17–3

**Anteil ambulant Pflegebedürftiger\* mit Tages- und Nacht-, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, in % (2011/2014)**

	Monatsdurchschnitt			Jahreswerte		
	2011	2014	Veränderung in %	2011	2014	Veränderung in %
Tages- und Nachtpflege	2,8	3,4	21,7	3,6	4,2	17,3
Verhinderungspflege	6,3	9,0	42,9	19,0	24,0	26,7
Kurzzeitpflege	1,8	1,8	–0,3	11,7	11,8	1,4
Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege	–**	–**	–**	4,9	5,4	9,1

\* Pflegebedürftige mit mindestens einem Monat in der ambulanten Pflege

\*\* Keine Anteile für Monatsbezug ausgewiesen

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

WIdO

chenden teilstationären Einrichtung betreut und gepflegt werden können. Zum anderen gibt es Angebote zur temporären Entlastung der Pflegeperson bzw. zur Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation. Dies sind die Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) sowie die Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI). Erstere kann für höchstens sechs Wochen für die Pflege zu Hause in Anspruch genommen werden, wenn der pflegende Angehörige aufgrund von Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert ist. Die stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) greift, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht mehr gewährleistet ist, sodass der Pflegebedürftige für bis zu vier Wochen Anspruch auf Pflege in einer stationären Einrichtung hat. Wird nur die eine der beiden Leistungsformen in Anspruch genommen, können seit 2015 die Höhe und der zeitliche Umfang mit der anderen Leistung verrechnet, d. h. ausgeweitet werden.

Die Analyse erfolgte auf Basis GKV-standardisierter AOK-Routinedaten. Tabelle 17–3 stellt die Nutzeranteile<sup>3</sup> für die Jahre 2011 und 2014 und die Veränderung dar. Dargestellt werden die durchschnittliche monatliche Inanspruchnahme und die Inanspruchnahme bezogen auf das Jahr. Die ausgewiesenen Anteile beziehen sich nur auf Pflegebedürftige, die in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden, da nur solche diese Angebote nutzen können.

Tages- und Nachtpflege wird eher selten genutzt, und zwar im Jahr 2014 von lediglich rund 4% der ambulant versorgten Pflegebedürftigen. Weitaus häufiger hingegen werden Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in Anspruch genommen. Jeder vierte ambulant Pflegebedürftige (24%) hat im Laufe des Jahres 2014 mindestens einmal die Verhinderungspflege und mehr als jeder zehnte (11,8%) die Kurzzeitpflege genutzt. Rund 5% der ambulant Pflegebedürftigen nutzten im Verlauf des Jahres sowohl Verhinderungs- als auch Kurzzeitpflege. Im Vergleich zum Jahr

<sup>3</sup> Als Nutzer der zuvor erwähnten Leistungen gelten Versicherte, die mindestens für einen Tag die jeweilige Leistung in Anspruch genommen haben.

Abbildung 17-10

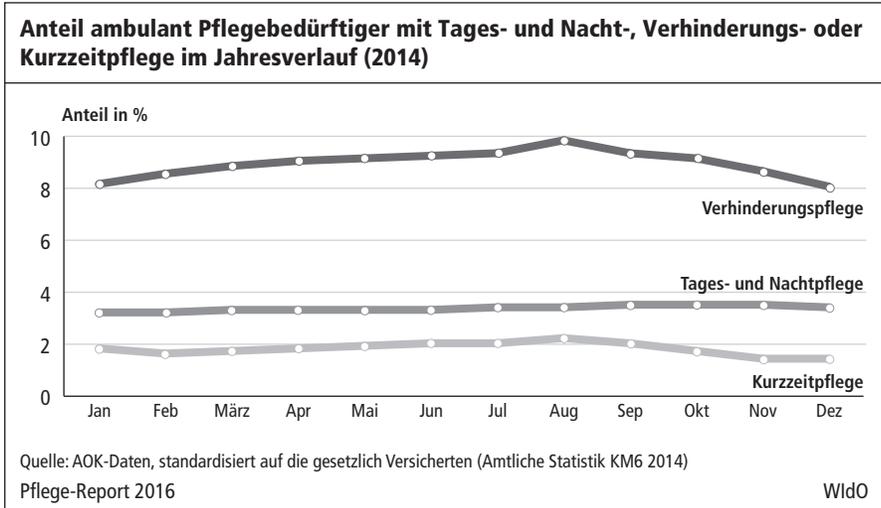
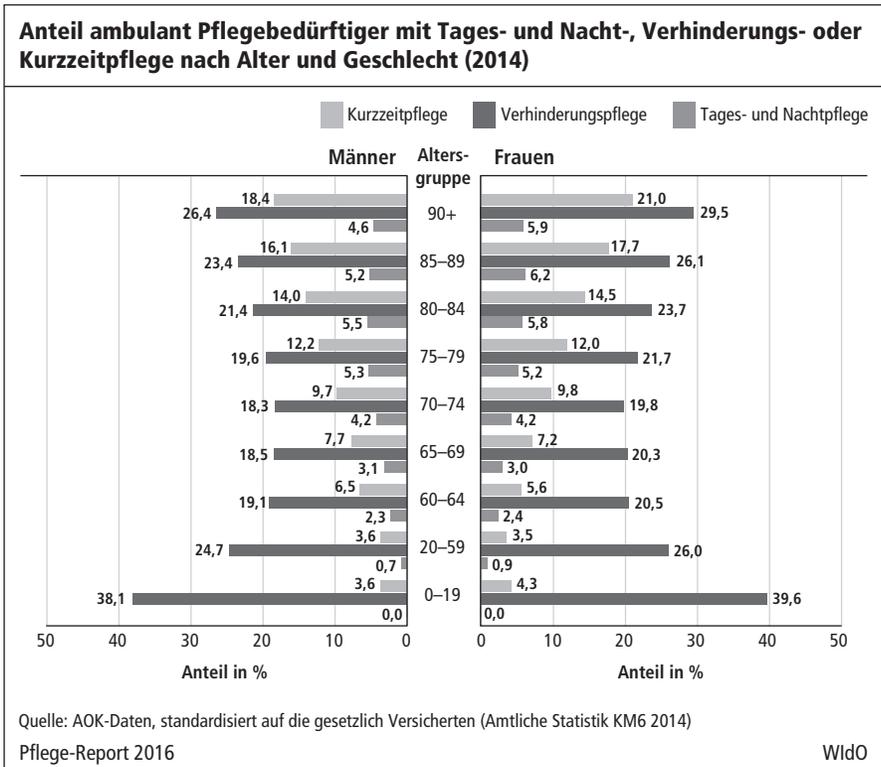


Abbildung 17-11



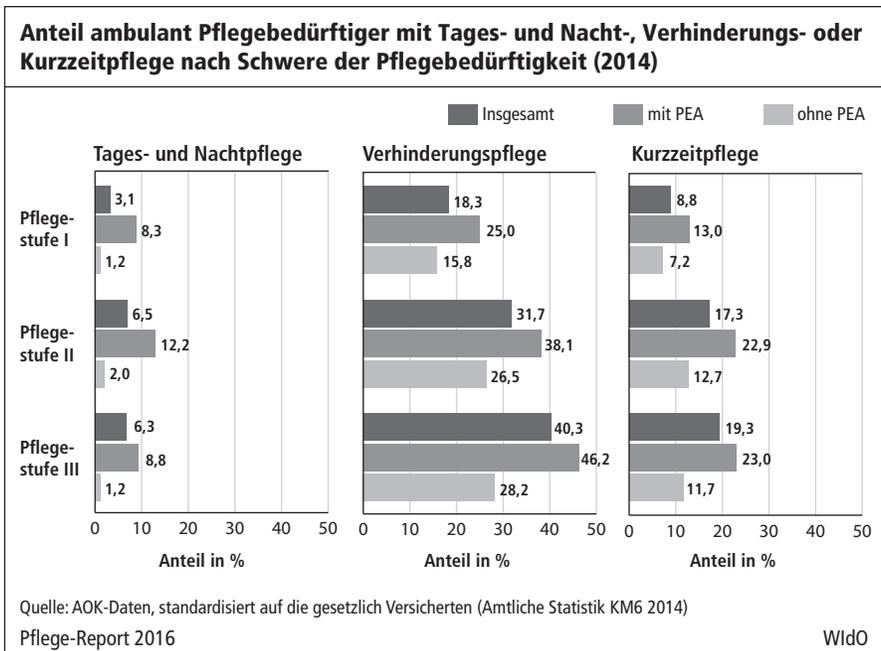
2011 ist die Inanspruchnahme aller drei Angebotsformen gestiegen, am deutlichsten die der Verhinderungspflege, während der Zuwachs bei der Kurzzeitpflege eher gering war (Tabelle 17–3).

Die in Tabelle 17–3 dargestellten durchschnittlichen monatlichen Nutzerquoten stellen sich über das Jahr verteilt wie folgt dar: Die Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege ist erwartungsgemäß über das Jahr konstant. Bei der Verhinderungs-, aber auch bei der Kurzzeitpflege zeigen sich jedoch saisonale Effekte. Neben einem Anstieg in der Urlaubszeit ist ein Rückgang der Inanspruchnahme über den Jahreswechsel zu beobachten (Abbildung 17–10).

Auch bei einer alters- und geschlechtsdifferenzierten Betrachtung (Abbildung 17–11) zeigen sich klare Unterschiede. Zwar ist über alle Leistungen hinweg fast nur ein geringer geschlechtsspezifischer Unterschied zu beobachten, zwischen den Altersgruppen jedoch zeigen sich erhebliche Unterschiede bei der Nutzung.

Am auffälligsten ist, dass deutlich mehr als jeder dritte ambulant versorgte Pflegebedürftige im Kindes- und Jugendalter (38,1 % der Jungen und 39,6% der Mädchen) innerhalb eines Jahres Verhinderungspflege nutzt. Auch bei den Pflegebedürftigen im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 59 Jahren nutzt noch jeder Vierte das Angebot. Danach sinkt die Inanspruchnahme in der Altersgruppe 60 bis 64 Jahre auf rund 20 % und steigt dann mit zunehmendem Alter wieder kontinuierlich an. Die Nutzer-Anteile bei der Tages- und Nachtpflege und der Kurzzeitpflege hingegen sind bei den Pflegebedürftigen unter 60 Jahre verschwindend gering, zeigen danach aber einen ähnlichen Verlauf wie bei der Verhinderungspflege – jedoch auf einem anderen Niveau (Abbildung 17–11).

Abbildung 17–12



In Abbildung 17–12 finden sich zudem die Nutzungsquoten nach Pflegestufen und differenziert danach, ob eine eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt. Wie zu erwarten zeigt sich, dass Tages- und Nachtpflege fast ausschließlich durch Pflegebedürftige mit demenziellen Einschränkungen (PEA-Status) genutzt wird. Die Inanspruchnahme von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege steigt mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit deutlich an. Auch diese Angebote werden überproportional durch Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz genutzt.

### 17.3.4 Eintritt in die Pflegebedürftigkeit und Verweildauer

Die Analysen von Pflegeverläufen basieren wiederum auf AOK-Routinedaten. Im Fokus der Verlaufsanalysen steht die Gruppe der Personen, die erstmals pflegebedürftig werden. Im Jahr 2014 traf dies auf rund jeden fünften Pflegebedürftigen zu. Der entsprechende Anteil war bei den Männern mit 21,4% höher als bei den Frauen mit 18,2%. Die Gruppe der erstmals Pflegebedürftigen weist eine deutlich geringere Schwere der Pflegebedürftigkeit auf (Anteil der Personen mit Pflegestufe I: 68% vs. 54%) und die Betroffenen haben zudem seltener eine eingeschränkte Alltagskompetenz (35% Pflegebedürftige vs. 47%). Ferner wird weniger als jeder zehnte Pflegebedürftige (8,6%) direkt zu Beginn seiner Pflegebedürftigkeit im Pflegeheim versorgt. Bezogen auf alle Pflegebedürftigen liegt dieser Anteil bei 26% (Tabelle 17–4).

Die erstmals Pflegebedürftigen (inzidente Kohorte) unterscheiden sich von allen Pflegebedürftigen auch in Bezug auf ihre Lebenserwartung (Abbildung 17–13). Von den erstmals Pflegebedürftigen ist fast jeder Vierte (23,7%) bereits nach einem halben Jahr und knapp jeder Dritte (31,9%) nach einem Jahr verstorben. Nach drei

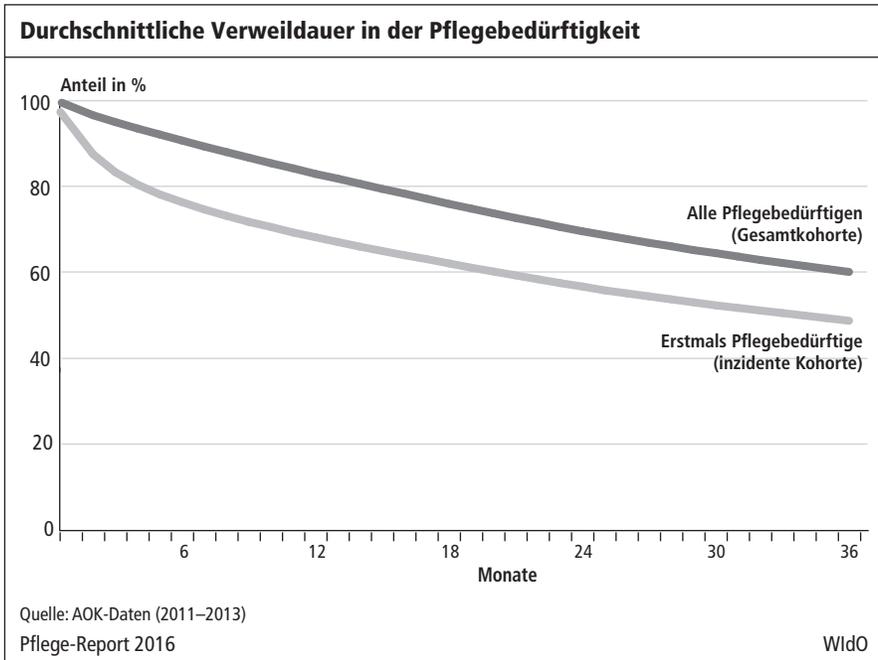
Tabelle 17–4

#### Überblick zu den Pflegebedürftigen bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit (im Durchschnitt der Monate 2014)

Anteil Pflegebedürftiger, die erstmals pflegebedürftig werden, an Pflegebedürftigen insgesamt		
Männer		21,4
Frauen		18,2
	Pflegebedürftige insgesamt	davon Pflegebedürftige, die erstmals pflegebedürftig werden
Mit PEA-Status	47,4	35,1
Ohne PEA-Status	52,6	64,9
Stufe 0	5,3	10,6
Stufe I	54,1	68,2
Stufe II	29,6	17,2
Stufe III	11,0	4,1
Ausschließlich Pflegegeld	50,4	71,3
Sach- und Kombinationsleistung	23,3	20,1
Vollstationäre Pflege	26,4	8,6

Quelle: AOK-Daten 2014/Amtliche Statistik PG 2

Abbildung 17–13

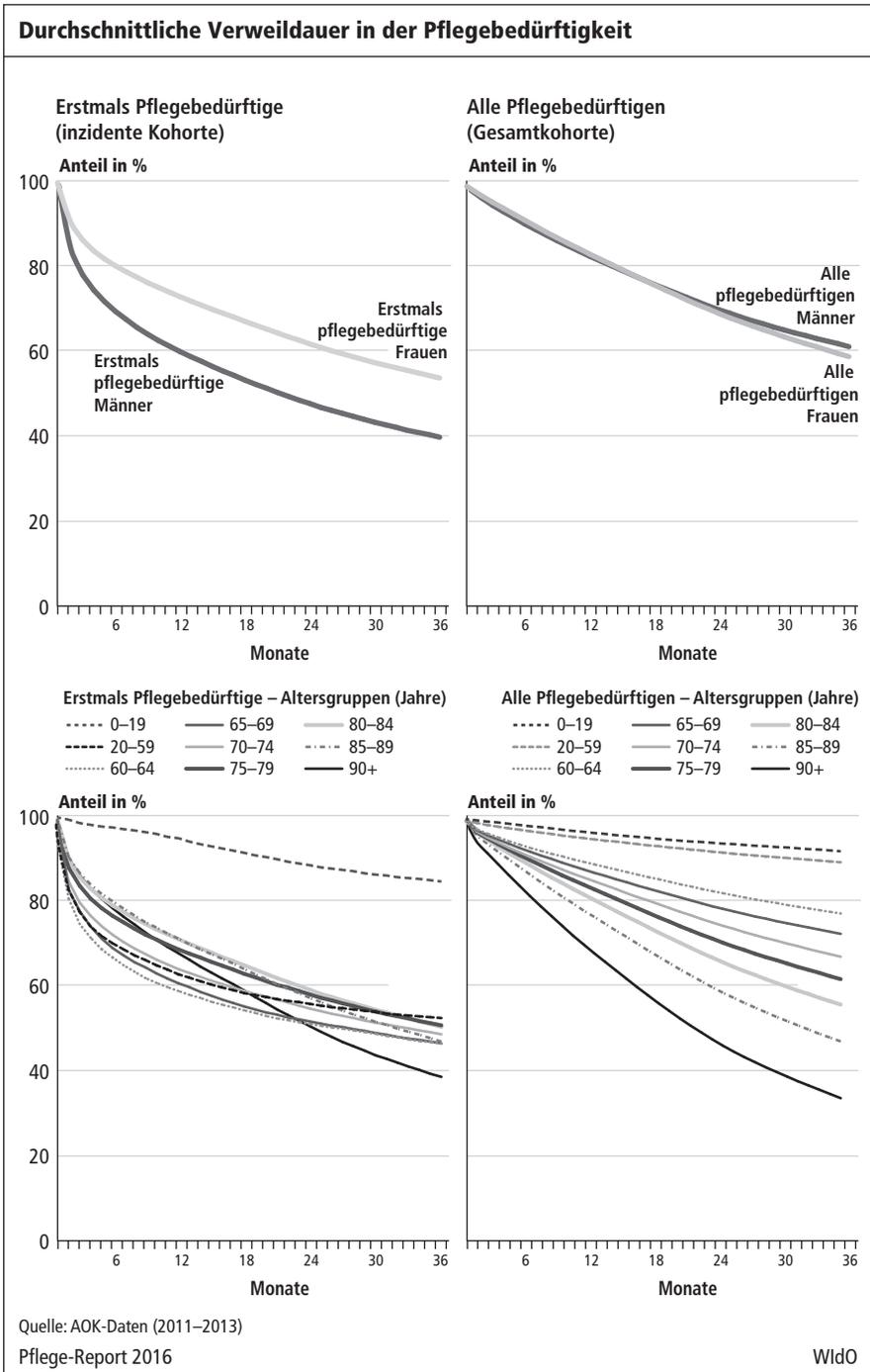


Jahren in der Pflegebedürftigkeit sind schließlich die Hälfte (51,4%) aller Neupflegefälle verstorben. Es gibt folglich einen nicht unerheblichen Anteil von Pflegebedürftigen, die nur für einen kurzen Zeitraum vor ihrem Tode pflegebedürftig werden. Betrachtet man im Vergleich hierzu die Pflegebedürftigen in ihrer Gesamtheit, so verstirbt innerhalb eines halben Jahres nur knapp jeder Zehnte (9,3%). Nach drei Jahren ist die Mehrheit (60%) noch am Leben. Betrachtet man also die Gesamtkohorte aller Pflegebedürftigen im Vergleich zur inzidenten Kohorte, so enthält diese deutlich mehr Pflegebedürftige, die länger in der Pflegebedürftigkeit verweilen (Abbildung 17–13).

### Verweildauer nach Alter und Geschlecht

Auch lohnt sich ein Blick auf Alters- und Geschlechtsunterschiede innerhalb und zwischen den beiden Kohorten (Abbildung 17–14). So versterben die erstmals pflegebedürftigen Männer deutlich früher als die Frauen. Bei den Männern sind hier bereits nach zwei Jahren rund die Hälfte (52%) aller Neuzugänge verstorben, bei den Frauen sind dies zu diesem Zeitpunkt erst 38%. Blickt man nun wiederum auf die Gesamtkohorte aller Pflegebedürftigen, so haben Männer und Frauen einen ähnlichen Verweildauerverlauf. Männer haben folglich beim Eintritt in die Pflegebedürftigkeit eine deutlich geringere Lebenserwartung. Ob dies allein in der insgesamt höheren Lebenserwartung der Frauen begründet ist oder auch daraus resultiert, dass Männer erst zu einem späteren Zeitpunkt – d. h. bei bereits erhöhter Morbidität – in die Pflegebedürftigkeit eintreten, soll an dieser Stelle nicht weiter analysiert

Abbildung 17-14



werden. Für letzteres spricht, dass die pflegebedürftigen Männer sowohl eine höhere Pflegeschwere als auch häufiger eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen als Frauen (vgl. Abbildung 17–3 und Abbildung 17–6). In der Gesamtkohorte sind dann wiederum überproportional viele Männer, die – da sie eben gerade nicht zu jener Gruppe gehören, die zeitnah verstirbt – eine ähnliche Verweildauer in der Pflege aufweisen wie die Frauen. Die Verweildauer von Männern und Frauen nähert sich bei dieser Betrachtung folglich an.

Betrachtet man die erstmals Pflegebedürftigen differenziert nach Altersgruppen, stellt man fest, dass die Überlebenszeiten – zumindest bezogen auf die ersten zwei bis drei Jahre der Pflegebedürftigkeit und ausgenommen die Gruppe der Kinder und Jugendlichen (Altersgruppe 0 bis 19 Jahre) – relativ homogen ausfallen (Abbildung 17–14). Der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit geht folglich häufig auch mit Ereignissen bzw. Erkrankungen einher, die relativ unabhängig vom Alter des Betroffenen zu einer verminderten Lebenserwartung bzw. bei den jüngeren Kohorten (ausgenommen die Altersgruppe 0 bis 19 Jahre) sogar eher zum Tod führen als bei den Älteren.

Betrachtet man nun wiederum die Gruppe aller Pflegebedürftigen, so zeigt sich auch hier ein ganz anderes Bild der Lebenserwartung in der Pflegebedürftigkeit. Hier sind bei den Pflegebedürftigen im erwerbsfähigen Alter (20 bis 59 Jahre) nur 3 % nach einem halben Jahr verstorben. Nach drei Jahren lebt noch die Mehrzahl (89,5 %). Bei den über 90-Jährigen sind 16 % nach einem halben Jahr verstorben, nach drei Jahren mit 66,2 % die Mehrzahl (Abbildung 17–14).

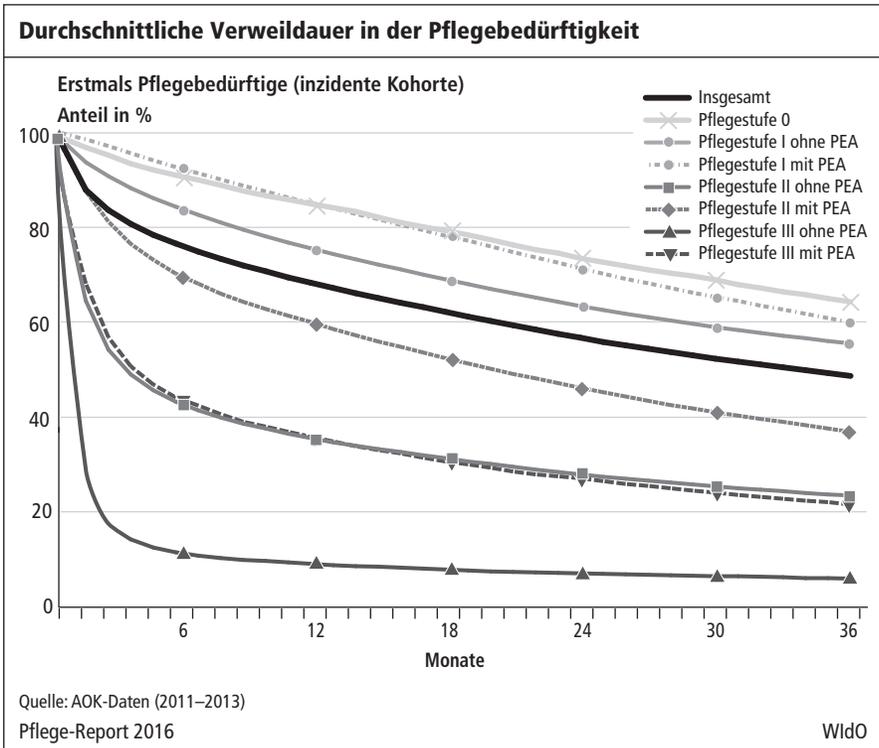
In der Gesamtschau wird deutlich, dass sich die Verweildauer in der Pflegebedürftigkeit je nach Blickwinkel sehr unterschiedlich darstellen kann. Betrachtet man Pflegebedürftige, die neu in die Pflege eintreten, so sind deren Pflegebezugszeiten zum einen kürzer und zwischen den Geschlechtern unterschiedlich, aber nur für eine Teilpopulation primär abhängig vom Alter. Nimmt man die Gruppe aller Pflegebedürftigen in den Blick, stellen sich die Restlebenszeiten in der Pflege anders dar. Hier kommt die „normale“ altersbedingte Pflegebedürftigkeit zum Tragen, wie sich in der Aufhebung der Geschlechtsunterschiede und dem Einsetzen der Altersunterschiede zeigt.

### **Verweildauer nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und nach Versorgungsform**

Die Überlebenswahrscheinlichkeiten der erstmals Pflegebedürftigen lassen sich zudem differenziert nach der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit sowie differenziert nach Versorgungsformen beschreiben. Eine analoge Betrachtung für die Gesamtkohorte ist an dieser Stelle nicht mehr zielführend, da – anders als Alter und Geschlecht – Pflegestufe und Versorgungsform im Zeitverlauf nicht konstant bleiben. Für die erstmals Pflegebedürftigen wird die jeweilige Ausprägung zum Zeitpunkt des Pflegebeginns erfasst.

Abbildung 17–15 macht deutlich, dass die Schwere der Pflegebedürftigkeit einen erheblichen Einfluss auf die Verweildauer hat. Von erstmals Pflegebedürftigen, die zu Beginn ihrer Pflegebedürftigkeit ausschließlich eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, sind nach einem halben Jahr lediglich 10 % und nach drei Jahren 36 % verstorben. In Stufe III (ohne eingeschränkte Alltagskompetenz) hingegen sind bereits nach einem halben Jahr 88 % der Pflegebedürftigen dieser Stufe verstorben. Deutlich wird zudem, dass Personen mit eingeschränkter Alltagskom-

Abbildung 17–15



petenz bei ansonsten gleicher Pflegestufe deutlich länger in der Pflegebedürftigkeit verbleiben als Betroffene mit eher somatisch bedingten Einschränkungen (Abbildung 17–15).

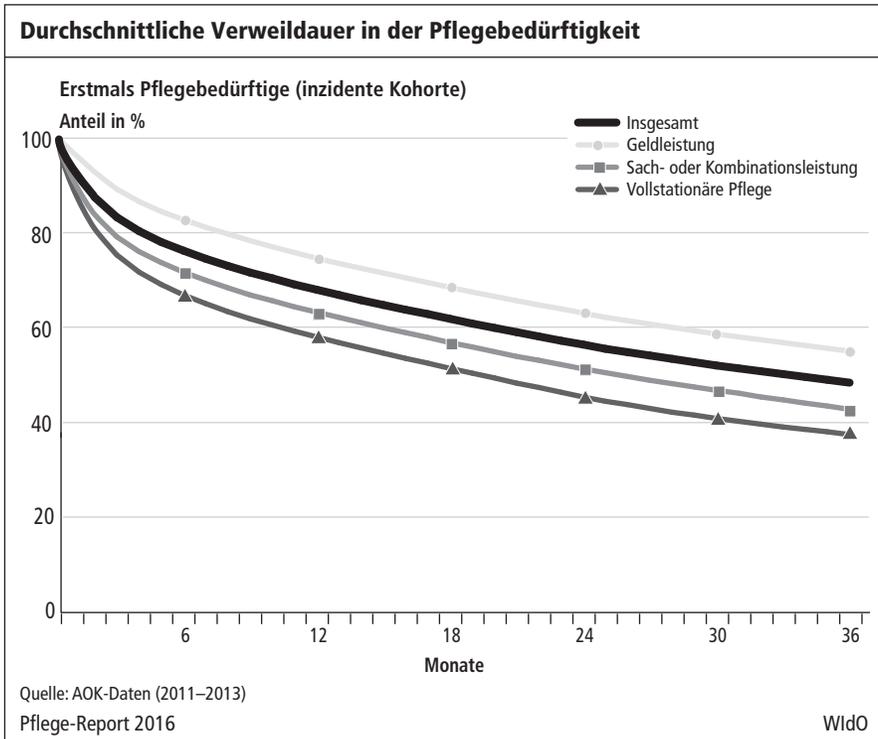
Auch zwischen den Versorgungsformen finden sich Unterschiede (Abbildung 17–16). Die Geldleistungsbezieher weisen dabei erwartungsgemäß eine deutlich überproportionale Verweildauer auf. Nach einem halben Jahr sind 17%, nach drei Jahren noch nicht einmal die Hälfte (44,8%) verstorben. Bei den stationär Gepflegten sind dies entsprechend 33% und 62%.

## 17.4 Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen

### 17.4.1 Ambulante ärztliche Versorgung

Um die ambulante ärztliche Versorgung der Pflegebedürftigen zu beschreiben, wird hier der Kontakt mit einem niedergelassenen Arzt als Kennzahl verwendet. Gezählt werden sogenannte Abrechnungsfälle (mindestens ein Kontakt je Quartal und Arzt). Durch die Abrechnung über Honorarpauschalen kann ein Fall unbekannt viele Arzt-

Abbildung 17–16



kontakte im Quartal umfassen. Die Zahl der Abrechnungsfälle wird anhand der vertragsärztlichen Leistungsfälle im Sinne des § 73 SGB V, der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V und der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V erfasst.<sup>4</sup> Die Darstellung konzentriert sich hier auf die Fälle der verschiedenen Facharztgruppen<sup>5</sup> sowie auf die Versorgung in Abhängigkeit von der Schwere der Pflegebedürftigkeit und den jeweiligen Versorgungsformen.

### Übersicht zur Inanspruchnahme

Nahezu alle Pflegebedürftigen (99,1%) hatten 2014 mindestens einen Arztkontakt – d. h. generierten einen Abrechnungsfall –, im Durchschnitt der Quartale waren dies 97,4%. Gleichfalls sahen fast alle Pflegebedürftigen (95,4%) mindestens

4 Soweit Leistungen nach §§ 119a ff. SGB XI (Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen) durch angestellte Ärzte über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden, sind auch diese in den Analysen enthalten.

5 Die Zuordnung einer Betriebsstätte zu den hier ausgewiesenen Facharztgruppen erfolgt über die Lebenslange Arztnummer (LANR). Bei fachgruppenübergreifenden Gemeinschaftspraxen kann zum Teil keine Fachgruppe identifiziert werden, sodass dort erbrachte Fälle nicht in die fachgruppendifferenzierten Analysen eingehen.

Tabelle 17–5

**Übersicht zur durchschnittlichen Inanspruchnahme von niedergelassenen Vertragsärzten durch Pflegebedürftige, in % (2014)**

Arztgruppe	Pflegebedürftige mit mindestens einem Kontakt im Quartal	Pflegebedürftige mit mindestens einem Kontakt im Jahr
Vertragsarzt	97,4	99,1
Hausärzte (inkl. hausärztlich tätige Internisten)	91,2	95,4
Fachärzte	66,0	84,5
Gynäkologen (inkl. Fachärzte für Geschlechtskrankheiten)	10,8 (12,7*)	21,3 (24,7*)
HNO-Ärzte	7,8	17,5
Internisten	7,8	15,9
Neurologen	13,6	17,8
Orthopäden	6,4	13,3
Psychiater	3,4	4,4
Urologen	9,3 (16,4**)	14,6 (24,7**)

\* Nur für Frauen berechnet

\*\* Nur für Männer berechnet

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

WIdO

einmal im Jahr einen Hausarzt, im Quartal im Durchschnitt rund 91 %. Ebenso hatte die Mehrzahl der Pflegebedürftigen (84,5 %) 2014 einen oder mehrere Kontakte zu einer Facharztpraxis, im Quartal waren dies durchschnittlich 66 % (Tabelle 17–5).

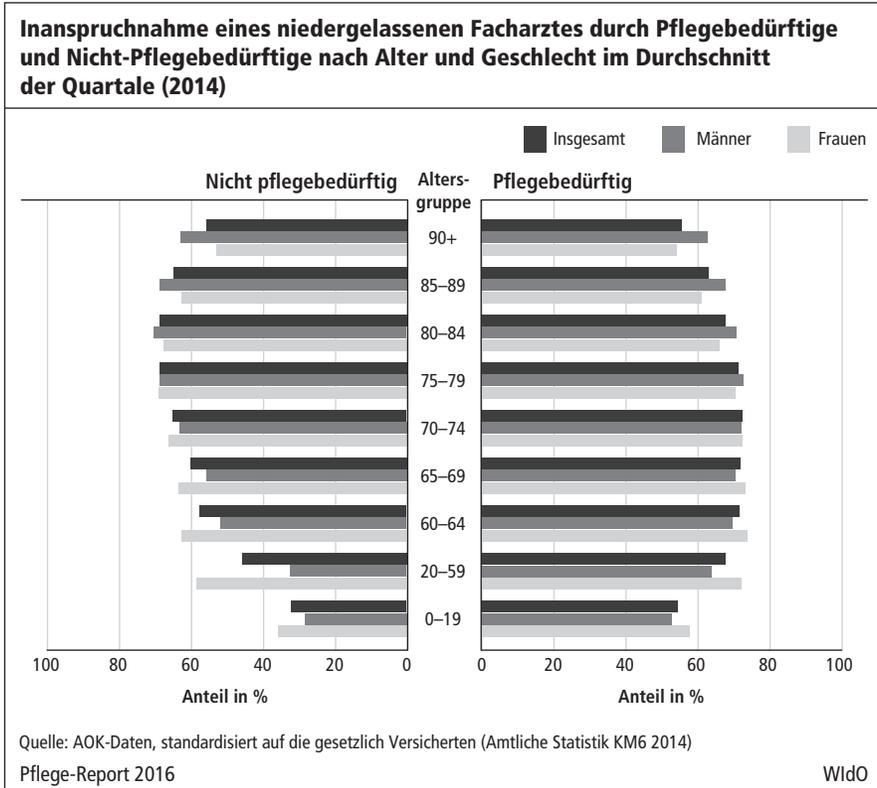
Von vielen Pflegebedürftigen im Jahr 2014 kontaktierte Facharztgruppen waren Urologen mit 16 % der Männer pro Quartal, Gynäkologen mit 13 % der Frauen pro Quartal sowie Neurologen mit rund 14 % (beide Geschlechter pro Quartal). Weiterhin suchten jeweils 8 % der Pflegebedürftigen mindestens einmal im Quartal einen HNO-Arzt und/ oder Internisten, 6 % einen Orthopäden und 3 % einen Psychiater auf.

**Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht**

Die Inanspruchnahme von Fachärzten unterscheidet sich zwischen den Altersgruppen, aber auch zwischen den Geschlechtern (Abbildung 17–17). Von den pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahre sahen 55 % innerhalb eines Quartals im Jahr 2014 mindestens einen Facharzt. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Facharztkontakt steigt bis zur Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen kontinuierlich auf bis zu 72 % an. In den höheren Altersgruppen sinkt die Rate der Inanspruchnahme von Fachärzten wieder. So sahen von den über 90-jährigen Pflegebedürftigen nur 56 % innerhalb eines Quartals einen Facharzt.

Hinsichtlich der Geschlechter zeigt sich folgendes Bild: Während in den jüngeren Altersgruppen die pflegebedürftigen Frauen häufiger einen Facharzt konsultierten, sind es in den Jahrgängen ab 75 Jahre die Männer, die z. T. deutlich häufiger Fachärzte aufsuchen.

Abbildung 17-17



Vergleicht man die Inanspruchnahme mit Personen gleichen Alters, die nicht pflegebedürftig sind, so zeigt sich ein ähnliches Bild. Auch hier ist – wenn auch auf einem anderen absoluten Niveau – in den jüngeren Jahrgängen bis 70 Jahre der Anteil der Frauen mit Facharztkontakt höher. Insgesamt ist der Anteil der Personen mit mindestens einem Facharztkontakt im Quartal bei den jüngeren Nicht-Pflegebedürftigen – wie zu erwarten – z. T. deutlich kleiner. Ab einem Alter von 75 Jahren nähern sich die jeweiligen Anteile von Personen mit Facharztkontakt bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen dann aber weitgehend an (Abbildung 17-17).

### Inanspruchnahme nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Betrachtet man die Frequenz der Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung differenziert nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit, so zeigt sich über alle Pflegestufen hinweg das Phänomen, dass Pflegebedürftige, die über ihre körperlich bedingte Pflegebedürftigkeit hinaus zusätzlich eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, zu jeweils einem geringeren Anteil Facharztbesuche wahrnehmen als Pflegebedürftige der gleichen Stufe ohne diese zusätzliche Einschränkung (62,9% vs. 68,7%). Bezogen auf alle Versorgungsbereiche konsultieren die Schwerstpfle-

Tabelle 17–6

**Inanspruchnahme von niedergelassenen Fachärzten durch Pflegebedürftige im Quartal nach Pflegestufe und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2014)**

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0		62,8	62,8		63,5	63,5		66,3	66,3		63,2	63,2
PS I	70,1	60,0	67,8	68,0	61,6	65,9	68,9	68,3	68,6	69,9	63,4	68,0
PS II	65,0	56,4	61,6	64,5	60,0	62,2	69,9	69,8	69,8	66,5	63,9	65,1
PSI III (inkl. HF)	56,1	49,2	51,6	63,6	53,3	56,0	69,0	67,0	67,1	62,9	60,3	60,9
<b>Alle Pflegestufen</b>	<b>68,4</b>	<b>58,1</b>	<b>64,8</b>	<b>66,8</b>	<b>59,8</b>	<b>63,5</b>	<b>69,3</b>	<b>68,5</b>	<b>68,8</b>	<b>68,7</b>	<b>62,9</b>	<b>66,0</b>

\* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte.

\*\* Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

WIdO

gebedürftigen (Stufe III) zu einem kleineren Teil einen Facharzt als die Pflegebedürftigen der Stufe I (Tabelle 17–6).

Differenziert man diese Betrachtung nach Versorgungsbereichen, so zeigt sich zum einen im stationären Bereich (in allen Pflegestufen) eine insgesamt höhere Facharztinanspruchnahme als im ambulanten Sektor. Zusätzlich wird deutlich, dass die Facharztinanspruchnahme im stationären Kontext mit zunehmender Schwere der Pflegebedürftigkeit relativ konstant bleibt.

Im ambulanten Versorgungskontext ist das anders: Hier sinkt der Anteil derjenigen, die mindestens einmal im Jahr 2014 einen Facharztkontakt hatten, bei den reinen Pflegegeldempfängern von rund 68 % in der Stufe I auf knapp 52 % in der Stufe III und bei den ambulant Versorgten, die zusätzlich oder ausschließlich durch Pflegedienste versorgt werden, von 66 % in Pflegestufe I auf 56 %. Dies überrascht, wenn man davon ausgeht, dass die Pflegestufe indirekt auch ein Ausdruck der ihr zugrunde liegenden Erkrankungen ist (Tabelle 17–6).

Inwiefern sich der mit steigender Pflegestufe sinkende Anteil der Pflegebedürftigen mit fachärztlichen Kontakten durch Unterschiede in der Morbidität ergibt oder auf eine verminderte oder anders gestaltete ärztliche Versorgung im häuslichen Kontext hinweist, kann hier nicht beurteilt werden.

## 17.4.2 Stationäre Versorgung

Für die dargestellten Kennzahlen zur Krankenhausversorgung der Pflegebedürftigen werden alle vollstationären Fälle im Sinne des § 39 SGB V einbezogen. Teilstationäre, vor- und nachstationäre (§ 115a SGB XI) sowie ambulante (§ 115b SGB XI)

Fälle gehen nicht in die Betrachtungen ein. Zudem werden ausschließlich Fälle ausgewertet, deren Rechnungsprüfung abgeschlossen ist. Die folgenden Analysen beziehen sich auf die Häufigkeit und Länge von Krankenhausaufenthalten in Abhängigkeit sowohl von der Schwere der Pflegebedürftigkeit als auch den jeweiligen Versorgungsformen.

### Übersicht zur Inanspruchnahme

Fast die Hälfte der Pflegebedürftigen (48,3 %) hatte innerhalb des Jahres 2014 mindestens einen Krankenhausaufenthalt. Jeder zehnte (9,8 %) wurde während bzw. in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang (+/- zwei Wochen) mit dem Krankenhausaufenthalt erstmals als pflegebedürftig eingestuft. 13 % verstarben im Krankenhaus.

Im Durchschnitt waren die Pflegebedürftigen mit mindestens einem Krankenhausfall zweimal im Jahr im Krankenhaus (1,9 Fälle je Patient), bezogen auf das Quartal eineinhalbmal (1,4 Fälle je Patient). Dies zeigt, dass bei der Mehrzahl der Patienten, die mehrmals stationär behandelt werden, dies innerhalb eines kürzeren Zeitintervalls (d. h. innerhalb eines Quartals) geschieht. Je Aufenthalt sind die Pflegebedürftigen durchschnittlich elf Tage im Krankenhaus.

Im Zeitverlauf betrachtet ist der Anteil der Pflegebedürftigen mit einem Krankenhausaufenthalt im Zeitraum von 2011 bis 2014 relativ konstant geblieben, ebenso die Zahl der Fälle je Krankenhauspatient. Die Verweildauer je Krankenhausfall ist gesunken. Dies entspricht jedoch dem allgemeinen Trend und ist kein Spezifikum der Pflegebedürftigen (DESTATIS 2014) (Tabelle 17–7).

Andersherum bedeutet dies: Bei nahezu jedem vierten Krankenhausfall (23 %) wird ein Pflegebedürftiger behandelt (Abbildung 17–18). 14 % der Fälle entfallen auf allein somatisch eingeschränkte Pflegebedürftige (ohne PEA-Status), jeder zehnte Krankenhausfall (9 %) betrifft Personen mit einer eingeschränkten Alltags-

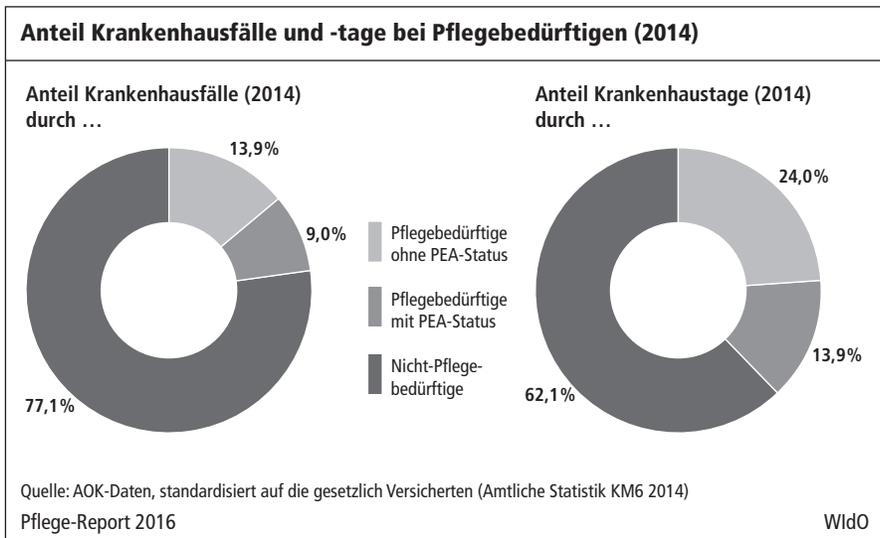
Tabelle 17–7

### Übersicht zu den Krankenhausaufenthalten von Pflegebedürftigen (2011 und 2014)

In %	Im Durchschnitt der Quartale			Im Jahr		
	2011	2014	Veränderung in %	2011	2014	Veränderung in %
Anteil Pflegebedürftiger (mit mind. 1 KH-Aufenthalt)	19,2	19,4	1,0	48,1	48,3	0,4
<i>Davon</i>						
Pflegebedürftigkeit wird erstmals festgestellt (+/- 2 Wochen KH-Aufenthalt)					9,8	
Während des KH-Aufenthalts verstorben					12,9	
Zahl der Fälle je Patient	1,4	1,4	1,1	1,9	1,9	1,5
Krankenhaustage je Fall	12,3	11,6	-5,9	12,2	11,4	-7,0

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Abbildung 17–18



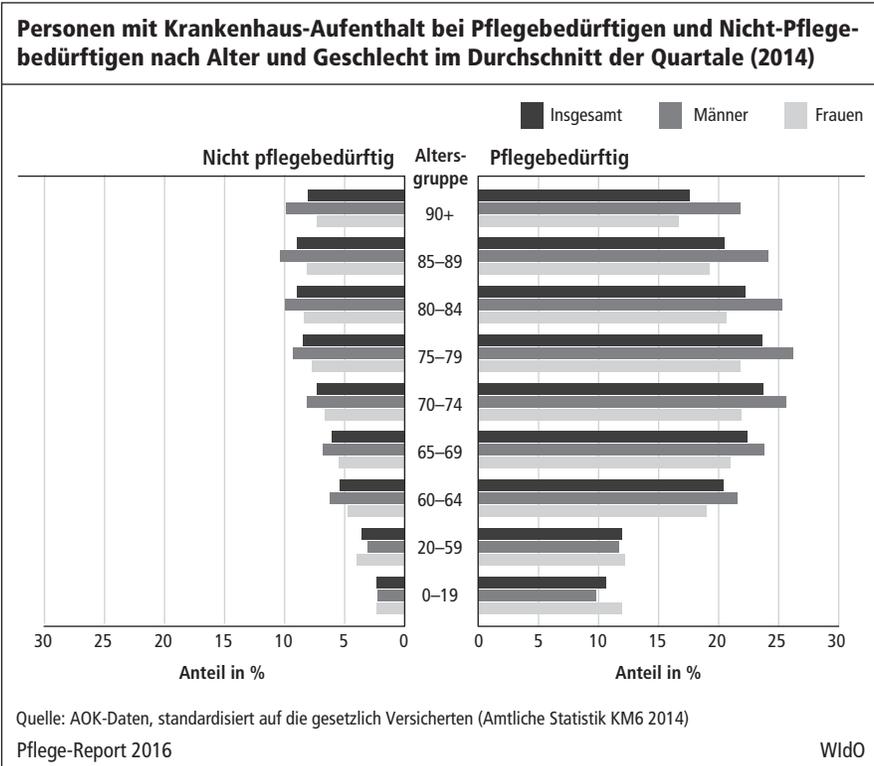
kompetenz (PEA-Status). Bezogen auf die Krankenhaustage wird die Bedeutung für den stationären Versorgungsalltag noch deutlicher: Mehr als jeder dritte Krankenhaustag (37,9%) entfiel 2014 auf einen Pflegebedürftigen. Der Anteil der Krankenhaustage von Personen mit einem PEA-Status beträgt 14%. Die Krankenhaustage beider Patientengruppen haben innerhalb der letzten vier Jahre zugenommen, 2011 lagen die jeweiligen Anteile bei 20% (der Krankenhaustage) und 34% (der Krankenhausfälle).

### Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts variiert deutlich zwischen den Altersgruppen. War im Durchschnitt der Quartale jeder fünfte Pflegebedürftige (19,4%) im Krankenhaus (Tabelle 17–7), so betraf dies bei den unter Sechzigjährigen nur rund jeden Achten (10,6% bei den Kindern und Jugendlichen sowie 11,9% bei den Pflegebedürftigen im erwerbsfähigen Alter bis 59 Jahre), in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen hingegen fast jeden Vierten (23,6%; Abbildung 17–19). Vergleicht man dies mit Krankenhausaufenthalten Nicht-Pflegebedürftiger, zeigt sich ein ähnliches Bild über die Altersgruppen, wenn auch auf einem erwartungsgemäß deutlich niedrigeren Niveau. Anders als bei den Pflegebedürftigen ist hier aber erst in der Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen die Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt am höchsten (8,8 %). Bei beiden Gruppen sinkt die stationäre Behandlungsrate in der zehnten Lebensdekade wieder – die der Pflegebedürftigen jedoch stärker (Abbildung 17–19).

Auch zwischen den Geschlechtern finden sich erhebliche Unterschiede: In den Jahrgängen unter Sechzig sind Frauen häufiger im Krankenhaus, ab 60 Jahre sind es dann die Männer. Beispielsweise ist von den 70- bis 90-jährigen pflegebedürftigen Männern rund jeder Vierte einmal im Quartal im Krankenhaus, bei den Frauen be-

Abbildung 17–19



trifft dies rund jede Fünfte. Die geschlechtsspezifische Inanspruchnahme zeigt sich – wiederum auf einem niedrigeren Ausgangsniveau – auch bei den Nicht-Pflegebedürftigen.

### Inanspruchnahme nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Die Hospitalisierungsrate je Quartal liegt bei den jeweiligen Versorgungsformen relativ nah beieinander. 2014 wurden 18 % der Pflegegeldempfänger, 22 % der ambulant betreuten Pflegebedürftigen mit Pflegedienst sowie 20 % der stationär betreuten Pflegebedürftigen im Quartal mindestens einmal im Krankenhaus aufgenommen (Tabelle 17–8). Vergleicht man die Hospitalisierungsraten zwischen den Versorgungsformen stufenbezogen, unterscheiden sich diese jedoch: So liegt beispielsweise die Hospitalisierungsrate im Durchschnitt der Quartale bei Pflegebedürftigen der Stufe I (ohne PEA-Einschränkung) in der stationären Versorgung bei 23 %, bei den reinen Geldleistungsbeziehern mit Stufe I hingegen bei 19 %.

Gleichzeitig wird deutlich, dass Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz (PEA) einen geringeren Anteil an Krankenhausaufenthalten im Quartal aufweisen als Personen der gleichen Stufe ohne eingeschränkte Alltagskompetenzen. Zum Beispiel liegt die Quote in der Stufe I + PEA-Status über alle Versorgungsbereiche bei 15 % und bei Personen der gleichen Stufe ohne PEA-Status bei

Tabelle 17–8

**Anteil Pflegebedürftiger mit Krankenhausaufenthalt nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2014)**

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt
PS 0		9,5	9,5		11,6	11,6		14,3	14,3		10,3	10,3
PS I	19,2	12,0	17,6	21,0	16,6	19,6	23,1	16,8	19,9	19,9	14,9	18,4
PS II	23,0	16,8	20,5	27,0	22,6	24,7	26,9	20,6	22,2	24,3	20,1	22,1
PSI III (inkl. HF)	23,3	18,5	20,2	30,8	23,7	25,5	27,3	17,4	18,1	24,6	19,1	20,2
<b>Alle Pflegestufen</b>	<b>20,3</b>	<b>13,7</b>	<b>17,9</b>	<b>23,3</b>	<b>19,3</b>	<b>21,5</b>	<b>24,7</b>	<b>18,6</b>	<b>20,4</b>	<b>21,3</b>	<b>17,1</b>	<b>19,4</b>

\* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte.

\*\* Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

WIdO

20% (Tabelle 17–8). Der Unterschied stellt sich in allen Versorgungsformen ähnlich dar. Insgesamt steigt – wie zu erwarten – der Anteil Personen mit einem Krankenhausaufenthalt jedoch mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit an. Pflegebedürftige der Pflegestufe III hingegen sind seltener im Krankenhaus.

### 17.4.3 Versorgung mit Arzneimitteln

Für die Analyse der Versorgung der Pflegebedürftigen mit Arzneimitteln werden die Medikamente erfasst, die von niedergelassenen Ärzten verordnet wurden. Die hier dargestellten Kennzahlen beschränken die Untersuchung dabei auf möglicherweise problematische Arzneimitteltherapien, die die Gefahr unerwünschter, risikobehafteter Arzneimittelereignisse erhöhen: die gleichzeitige Verordnung von mehreren Wirkstoffen<sup>6</sup> (Polymedikation) und eine Versorgung mit für ältere Menschen potenziell ungeeigneten Wirkstoffen gemäß der so genannten PRISCUS-Liste<sup>7</sup> (s. u.). Ferner wird ein vertiefender Blick auf die Behandlung mit Psycholeptika und Psychoanalytika geworfen.

6 Bei den Analysen werden die Arzneimittel nach Wirkstoffen unterschieden, wie sie im anatomisch-therapeutisch-chemischen (ATC) Klassifikationssystem gegliedert sind. Das ATC-System dient der Klassifikation von Arzneimitteln nach therapeutischen, pharmakologischen und chemischen Kriterien. Ausgenommen sind bei diesen Analysen die Wirkstoffe aus der anatomischen Gruppe V (Verschiedene).

7 <http://www.priscus.net/>

### Polymedikation

Mit zunehmender Morbidität bzw. zunehmendem Alter steigt das Risiko, eine hohe Anzahl verschiedener Wirkstoffe verordnet zu bekommen. Mit dieser als Polymedikation bezeichneten Verdichtung der pharmakologischen Therapie geht die Zunahme von unerwünschten Wechselwirkungen dieser Wirkstoffe einher. Polymedikation wird in der Literatur unterschiedlich definiert (Meyer 2010; Mukhtar 2010; Thürmann und Selke 2014). Zum einen werden unterschiedliche Grenzwerte bezüglich der Zahl der gleichzeitig verordneten Wirkstoffe zugrunde gelegt. Üblich sind zum Beispiel Cut-off-Punkte bei fünf, sieben oder zehn verordneten Wirkstoffen je Patient und Quartal. Abbildung 17–20 ist entsprechend differenziert gestaltet. Darüber hinaus wird Polymedikation auch dahingehend eingeschränkt, dass die jeweiligen Grenzwerte in mindestens zwei Quartalen überschritten sein müssen. Auf diese Weise sollen allein längerfristig erhöhte Verordnungsraten als Polymedikation definiert werden. Ebenso gibt es Ansätze, die z. B. Impfstoffe oder äußerlich anzuwendende Arzneien wie Dermatika, topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen oder Arzneimittel zur Anwendung in Augen und Ohren (Ophthalmologika und Otologika) bei den Analysen ausschließen. In den hier dargestellten Analysen wurden solche Ausschlüsse jedoch nicht vorgenommen, da dies zu keinen wesentlichen Veränderungen bei der Anzahl der verordneten Arzneimittel führte.

Abbildung 17–20

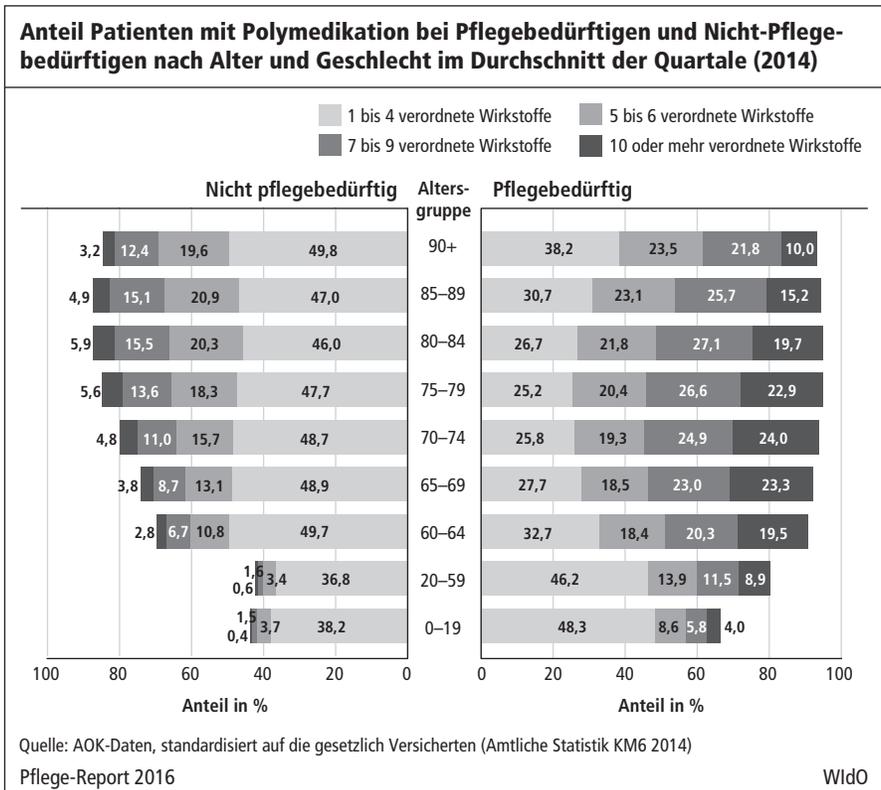


Abbildung 17–20 verdeutlicht, dass in jedem Quartal die Mehrzahl der Pflegebedürftigen Arzneimittel verordnet bekommt. Bei den Nicht-Pflegebedürftigen trifft dies erst auf die über 60-Jährigen zu. Schon bei den jungen Pflegebedürftigen bis 19 Jahre erhält jeder Fünfte (18,4%) fünf oder mehr Wirkstoffe verordnet, 4% erhalten sogar zehn oder mehr Wirkstoffe je Quartal. Mit steigendem Alter nimmt der Anteil Personen mit fünf oder mehr verordneten Wirkstoffen deutlich zu. In den Altersgruppen ab 60 Jahre ist eine deutliche Mehrheit betroffen. Der Anteil ist bei den 70- bis 74-Jährigen (68,2%) und den 75- bis 80-Jährigen (69,8%) am höchsten. In diesen Altersgruppen erhält fast jeder vierte Pflegebedürftige (24 bzw. 22,9%) zehn und mehr Wirkstoffe verordnet. Im Vergleich hierzu erhalten die Nicht-Pflegebedürftigen deutlich weniger Wirkstoffe verordnet. Bei den Nicht-Pflegebedürftigen steigt der Anteil der Patienten mit fünf oder mehr verordneten Wirkstoffen in der Altersgruppe 80 bis 84 Jahre auf im Vergleich deutlich niedrigere 42%. Nur 6% dieser Altersgruppe erhalten zehn oder mehr Wirkstoffe (Abbildung 17–20).

### Verordnung nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Wie auch in anderen Sektoren der Versorgung zu beobachten steigt der Anteil der von Polymedikation betroffenen Patienten mit zunehmender Morbidität an. Der Anteil steigt auch hier von der Pflegestufe I zur Pflegestufe II und sinkt dann in der Pflegestufe III wieder ab. In die Pflegestufen I und II eingestufte Pflegebedürftige mit einer zusätzlichen Einschränkung der Alltagskompetenz sind jedoch deutlich seltener von Polymedikation (mindestens fünf unterschiedliche Wirkstoffe) betroffen als Pflegebedürftige ohne diese Einschränkung (Tabelle 17–9). In der Pflegestufe III liegen die beiden Patientengruppen nah beieinander.

Tabelle 17–9

**Anteil Pflegebedürftiger mit Polymedikation (Anzahl Wirkstoffe  $\geq 5$ ) nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2014)**

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt
PS 0		32,7	32,7		46,1	46,1		50,5	50,5		36,8	36,8
PS I	62,4	39,4	57,2	69,8	56,2	65,3	73,5	61,0	67,1	63,6	49,7	59,4
PS II	60,5	45,7	54,7	73,6	63,3	68,4	76,3	65,3	68,1	64,5	58,5	61,3
PSI III (inkl. HF)	47,2	43,1	44,5	64,1	57,0	58,8	66,3	54,8	55,6	52,2	52,0	52,1
<b>Alle Pflegestufen</b>	<b>61,4</b>	<b>40,3</b>	<b>54,0</b>	<b>70,6</b>	<b>57,7</b>	<b>64,6</b>	<b>74,1</b>	<b>60,9</b>	<b>64,8</b>	<b>63,3</b>	<b>51,9</b>	<b>58,0</b>

\* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte.

\*\* Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Insgesamt betrachtet erhalten die Pflegebedürftigen, die ohne Einbindung von Pflegediensten im häuslichen Setting versorgt werden, zu einem geringeren Anteil fünf und mehr Wirkstoffe verordnet als die Gruppen der beiden anderen Versorgungsformen. Der Unterschied wird bei einer Betrachtung nach Pflegestufen besonders deutlich: Vollstationär und ambulant versorgte Pflegebedürftige unterscheiden sich im Umfang der Medikation deutlich. Die höchsten Raten von Polymedikation bei Arzneimittelpatienten sind demnach in den Pflegestufen I und II (ohne PEA-Status) bei den Pflegebedürftigen mit Sachleistung und in der stationärer Pflege zu beobachten (Tabelle 17–9).

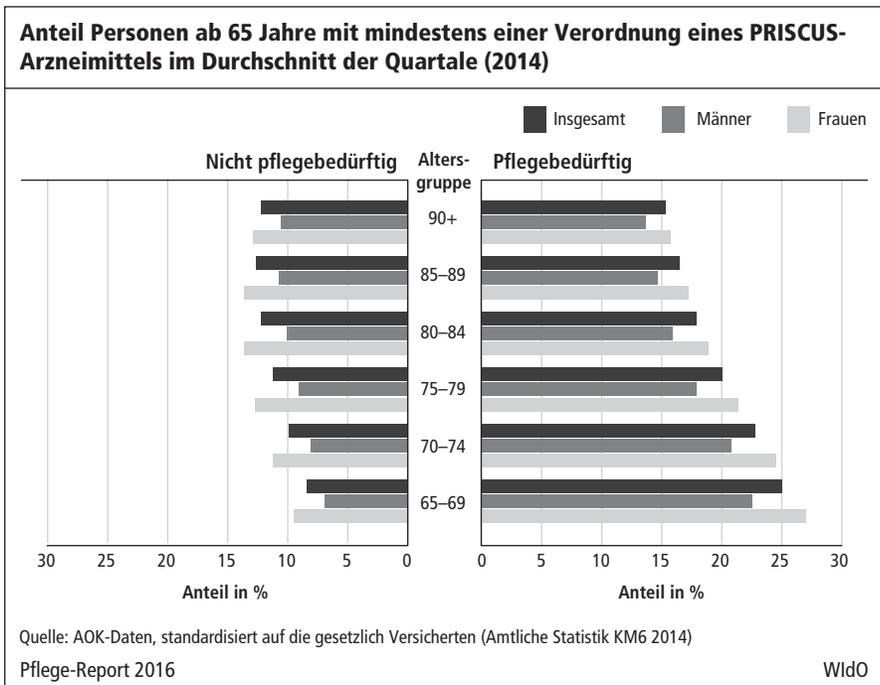
### **PRISCUS-Arzneimittel**

Die mit dem Alter einhergehenden physiologischen Veränderungen zeigen auch Auswirkungen auf die Wirkung und Stoffwechselung von Arzneistoffen. Ältere Patienten sind aufgrund der veränderten Pharmakodynamik und -kinetik stärker von unerwünschten Effekten und Nebenwirkungen der Arzneimittel betroffen. Die nachfolgenden Untersuchungen betrachten die Wirkstoffe, die laut PRISCUS-Liste für ältere Menschen als potenziell ungeeignet gelten. Deshalb werden in diese Analysen nur Personen ab 65 Jahre einbezogen. Für den deutschen Markt wurde eine Liste dieser potenziell ungeeigneten Medikamente, die auf einem Expertenkonsens beruht, unter dem Namen PRISCUS-Liste angepasst und veröffentlicht (Holt et al. 2010).

### **Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht**

Die Analyse von verordneten PRISCUS-Arzneien zeigt auf, dass Pflegebedürftige diese deutlich häufiger verordnet bekommen als Nicht-Pflegebedürftige gleichen Alters (Abbildung 17–21). Jeder vierte Pflegebedürftige (25%) im Alter zwischen 65 und 69 Jahren hat mindestens ein Medikament erhalten, das auf der PRISCUS-Liste steht. Bei den Nicht-Pflegebedürftigen ist dies deutlich weniger als jeder Zehnte (8,4%). Die Wahrscheinlichkeit, ein PRISCUS-Mittel zu erhalten, sinkt bei den Pflegebedürftigen mit zunehmendem Alter. Bei den Nicht-Pflegebedürftigen hingegen bleibt der Anteil relativ konstant bzw. steigt mit dem Alter leicht an. Dies könnte darauf hindeuten, dass Ärzte bei der Behandlung insbesondere älterer Pflegebedürftiger – und damit wahrscheinlich eher multimorbider Patienten – sensibler gegenüber Verordnungen problematischer Arzneien sind als bei Personen gleichen Alters ohne derartige Einschränkung. Letztlich bedürfte es hierfür jedoch einer Analyse, die nach der tatsächlichen Erkrankungslast (Morbidität) der Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen differenziert. Ferner zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern: Sowohl bei den Nicht-Pflegebedürftigen als auch bei den Pflegebedürftigen erhalten Frauen in allen Altersgruppen häufiger PRISCUS-Verordnungen als Männer (Abbildung 17–21).

Abbildung 17–21



### Verordnung nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Betrachtet man die Verordnung von PRISCUS-Arzneimitteln differenziert nach Versorgungsform und Schwere der Pflegebedürftigkeit, so zeigen sich wiederum erhebliche Unterschiede (Tabelle 17–10). Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten mit rund 17 % seltener ein PRISCUS-Arzneimittel als Pflegebedürftige ohne solche Einschränkungen (20,5 %). Ob dies bedeutet, dass Ärzte bei demenziell Erkrankten bezüglich problematischer Arzneien sensibler bei der Verordnung sind oder ob andere Gründe wie z. B. eine niedrigere kurative Behandlungsrate oder Morbiditätsgesichtspunkte zu den hier beobachteten geringeren PRISCUS-Raten bei Demenzkranken führen, bleibt jedoch zu untersuchen.

### PRISCUS-Verordnungshäufigkeit nach Wirkstoffgruppen

Betrachtet man die PRISCUS-Verordnungen differenziert nach Wirkstoffgruppen, wird deutlich, dass die meisten Verordnungen in den Wirkstoffbereich der Gruppe der Psycholeptika und Psychoanaleptika fallen. 8 % der Pflegebedürftigen über 65 Jahre erhalten Psycholeptika und 5 % ein Psychoanaleptikum, das als ungeeignet eingestuft ist (Abbildung 17–22). Bei den Psycholeptika handelt es sich generell um Substanzen mit dämpfender Wirkung auf das Zentralnervensystem; dazu gehören die Antipsychotika (diese hemmen Wahnvorstellungen und dienen u. a. der Behandlung bei Schizophrenie), Anxiolytika (Beruhigungsmittel) und Hypnotika und Sedativa (Schlaf- und Beruhigungsmittel). Psychoanaleptika hingegen sind anregende

Tabelle 17–10

**Anteil Pflegebedürftiger ab 65 Jahre mit mindestens einer Verordnung eines PRISCUS-Arzneimittels nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2014)**

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt
PS 0		13,7	13,7		16,0	16,0		19,7	19,7		14,7	14,7
PS I	19,1	15,5	18,4	19,2	15,0	17,8	20,8	16,9	18,9	19,5	16,0	18,5
PS II	22,9	17,6	20,9	21,9	16,9	19,3	23,3	17,1	18,7	22,7	17,2	19,6
PSI III (inkl. HF)	26,8	18,5	21,0	29,0	18,4	20,6	27,1	16,5	17,1	27,5	17,3	18,7
<b>Alle Pflegestufen</b>	<b>20,1</b>	<b>16,2</b>	<b>18,9</b>	<b>20,3</b>	<b>16,4</b>	<b>18,5</b>	<b>21,9</b>	<b>16,9</b>	<b>18,4</b>	<b>20,5</b>	<b>16,6</b>	<b>18,7</b>

\* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte.

\*\* Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

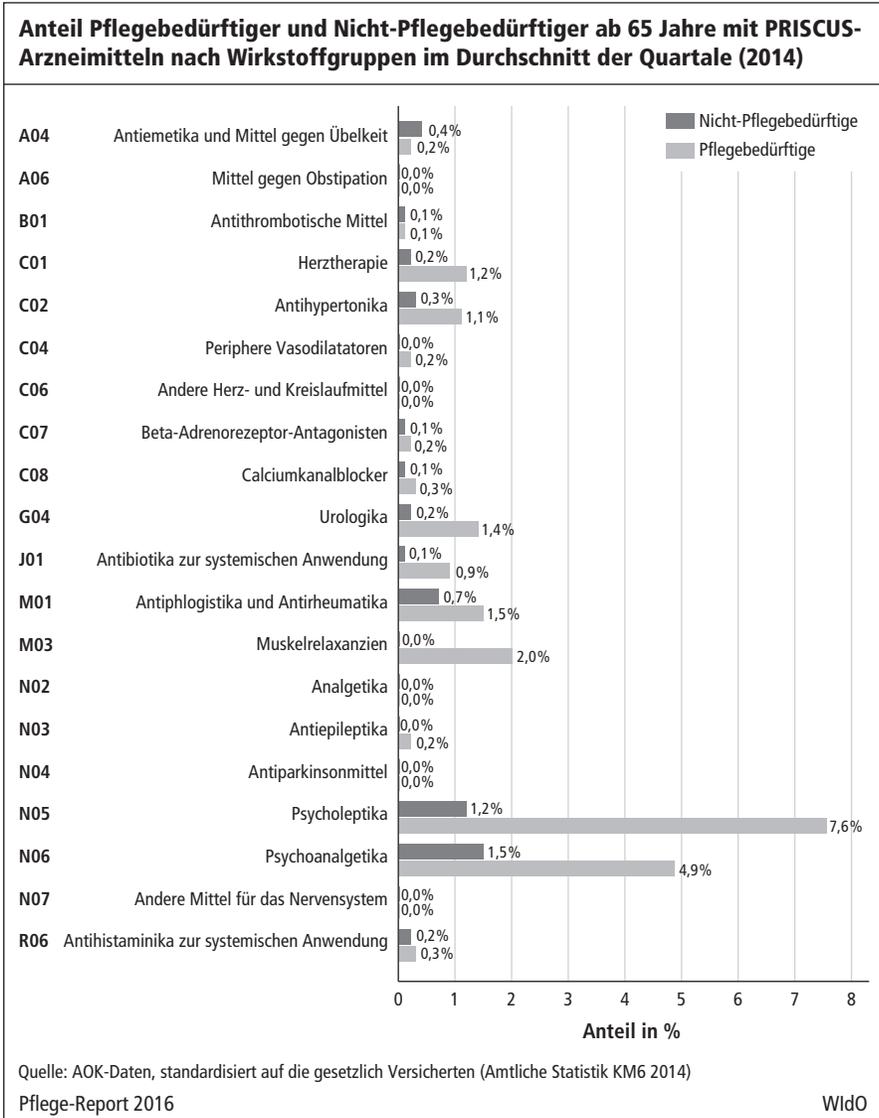
WIdO

bzw. antriebssteigernde Substanzen. Hierunter fallen Antidepressiva, Psychostimulanzien (u. a. zur Behandlung bei ADHS) sowie Antidementiva.

### Psycholeptika und Psychoanaleptika

Differenziert man die Verordnungen aus der Wirkstoffgruppe der Psycholeptika und Psychoanaleptika nach den oben benannten Subgruppen, zeigt sich folgendes Bild (Tabelle 17–11): Fast jeder fünfte Pflegebedürftige über 65 Jahre (18,8%) erhält ein Antipsychotikum, jedoch lediglich 1% ein in der PRISCUS-Liste aufgeführtes. Dies ist ein Anteil von rund 6% der Antipsychotikaverordnungen. Anxiolytika und Hypnotika/Sedativa hingegen werden zwar insgesamt deutlich seltener verordnet; die Wahrscheinlichkeit, in diesem Fall ein PRISCUS-Arzneimittel zu erhalten, ist jedoch sehr hoch. Rund 39% der Pflegebedürftigen über 65 Jahre mit einer Verordnung aus der Gruppe der Anxiolytika haben ein Medikament der PRISCUS-Liste erhalten. Bei den Hypnotika und Sedativa trifft dies sogar auf deutlich mehr als zwei Drittel (65,9%) der Personen mit Verordnung zu. Bei den Nicht-Pflegebedürftigen sind die Verordnungsraten insgesamt auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Wird ein entsprechendes Mittel verordnet, ist jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um ein Arzneimittel der PRISCUS-Liste handelt, höher. Bei der Gruppe der Psychoanaleptika zeigt sich ein etwas anderes Bild: Jeder fünfte (20%) Pflegebedürftige über 65 Jahre erhält ein Antidepressivum – rund jeder Vierte von diesen ein auf der PRISCUS-Liste aufgeführtes. 7% der Pflegebedürftigen erhalten ein Antidementivum, jedoch nur ein Bruchteil hiervon eines, das auf der PRISCUS-Liste geführt wird (Tabelle 17–11).

Abbildung 17–22



Die Verordnungen von Antipsychotika soll an dieser Stelle genauer betrachtet werden. Neben der Schizophrenie, Manien oder wahnhaften Depressionen sind Antipsychotika auch bei psychischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Demenz indiziert. Mit solchen psychischen und Verhaltensstörungen – international werden diese als *Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia*, kurz BPSD, bezeichnet – werden mit der Demenz einhergehende Symptome wie Agitation und Aggressivität, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Apathie und Depression verbunden. Der Einsatz von Antipsychotika für die Behandlung dieser Symptome ist

Tabelle 17–11

**Anteil Pflegebedürftiger ab 65 Jahre mit Verordnung von Psycholeptika bzw. Psychoanaleptika im Durchschnitt der Quartale, in % (2014)**

Wirkstoffgruppen	Nicht-Pflegebedürftige			Pflegebedürftige		
	Alle Arzneimittel	PRISCUS-Arzneimittel	Anteil mit PRISCUS-Arzneimittel	Alle Arzneimittel	PRISCUS-Arzneimittel	Anteil mit PRISCUS-Arzneimittel
Antipsychotika (N05A)	1,7	0,1	8,7	18,8	1,1	6,1
Anxiolytika (N05B)	2,0	1,2	58,1	6,2	2,4	38,6
Hypnotika und Sedativa (N05C)	1,8	1,5	79,5	5,5	3,6	65,9
Homöopathische und Antroposophische Psycholeptika (N05H)	0,0	–*	–	0,0	–	–
Antidepressiva (N06A)	7,1	2,7	38,0	20,0	4,7	23,3
Psychostimulanzien (N06B)	0,2	0,2	97,6	0,4	0,4	98,2
Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Antidementiva (N06D)	0,6	0,0	4,7	7,0	0,0	0,7

\* Kein PRISCUS-Arzneimittel definiert

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

WlDO

nicht unumstritten. So benennt z. B. die S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. (DALzG)<sup>8</sup> eine ganze Reihe von sowohl psychosozialen Interventionen als auch antidementiver Pharmakotherapie, die im Behandlungspfad vorgeschaltet werden sollten. Hingewiesen wird in der Leitlinie auch auf das mit dem Einsatz von Antipsychotika einhergehende erhöhte Mortalitäts- und Schlaganfallrisiko.

Tabelle 17–12 verdeutlicht die Häufigkeit der Verordnungen von Antipsychotika differenziert nach Versorgungsform und Schwere der Pflegebedürftigkeit. Deutlich wird, dass bezogen auf das Quartal jeder dritte demenziell erkrankte Pflegebedürftige über 65 Jahre ein Antipsychotikum erhalten hat. Im Pflegeheim trifft dies auf 42 % der Bewohner mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz zu. Im häuslichen Kontext – ohne Sachleistungsbezug – ist dieser Anteil nur halb so hoch.

8 S3-Leitlinie „Demenzen“. AWMF Registernummer 038–013. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-013.html>.

Tabelle 17–12

**Anteil Pflegebedürftiger ab 65 Jahre mit mindestens einer Verordnung von Antipsychotika (N05A) nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2014)**

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0		16,6	16,6		24,1	24,1		42,6	42,6		20,5	20,5
PS I	4,1	18,1	6,7	5,6	21,1	10,5	14,3	37,7	25,9	6,5	26,4	12,1
PS II	6,7	23,7	13,1	8,8	28,2	18,8	18,0	43,4	37,1	10,2	35,3	24,3
PSI III (inkl. HF)	11,5	29,7	24,3	14,2	32,7	28,9	23,8	42,3	41,3	15,5	38,2	35,0
<b>Alle Pflegestufen</b>	<b>4,8</b>	<b>21,0</b>	<b>9,6</b>	<b>6,8</b>	<b>26,1</b>	<b>15,6</b>	<b>16,0</b>	<b>41,6</b>	<b>34,0</b>	<b>7,7</b>	<b>31,9</b>	<b>18,8</b>

\* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte.

\*\* Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

WIdO

## 17.4.4 Versorgung mit Heilmittelleistungen

Heilmittel werden eingesetzt, um Beeinträchtigungen durch eine Krankheit abzumildern, eine Krankheit zu heilen oder ihr Fortschreiten aufzuhalten. Heilmittel werden aber auch angewendet, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes frühzeitig entgegenzuwirken. Bei erwachsenen Pflegebedürftigen können Heilmittelverordnungen helfen, die Selbstständigkeit in Teilbereichen so lange wie möglich zu erhalten. Verordnungsfähige Heilmittel gliedern sich in die Bereiche Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie. Seit 2004 hat sich zusätzlich die podologische Behandlung etabliert.

Im Durchschnitt der Quartale wurden fast 30% der Pflegebedürftigen 2014 mit mindestens einer Behandlung versorgt (Tabelle 17–13). Pflegebedürftige Männer und Frauen sind in ähnlichem Umfang in Behandlung. Die mit großem Abstand häufigsten Heilmittelbehandlungen der Pflegebedürftigen entstammen dem Maßnahmenkatalog der Physiotherapie. Im Quartal war im Mittel fast jeder vierte Pflegebedürftige (24,2%) in einer entsprechenden Behandlung. Maßnahmen der Ergotherapie, Sprachtherapie sowie Podologie erhielten zwischen 3% und 5,5% der Pflegebedürftigen. Die pflegebedürftigen Heilmittelpatienten mit entsprechender Therapie erhielten im Durchschnitt rund 17 physiotherapeutische Behandlungen (einzelne Sitzungen), 13 sprachtherapeutische Behandlungen und 15 ergotherapeutische Behandlungen, rein rechnerisch also ungefähr etwas mehr als eine Behandlungssitzung pro Woche des Quartals. Die Therapieintensität – gemessen in Behandlungen je Patient – unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern in den Leistungsbereichen Podologie, Sprachtherapie und Ergotherapie nur marginal, bei der

Tabelle 17–13

**Verordnungshäufigkeit nach Heilmittelleistungsbereichen im Durchschnitt der Quartale, in % (2014)**

Leistungsbereich	Anteil Pflegebedürftiger mit mind. einer Verordnung			Anzahl Behandlungen je Patient		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Physiotherapie	24,0	24,3	24,2	17,7	16,6	17,0
Podologie	3,7	3,7	3,7	3,5	3,5	3,5
Sprachtherapie	4,2	2,2	3,0	13,3	13,4	13,3
Ergotherapie	6,9	4,6	5,5	15,2	15,1	15,1
<b>Gesamt</b>	<b>30,2</b>	<b>29,2</b>	<b>29,6</b>	<b>15,4</b>	<b>14,8</b>	<b>15,1</b>

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

WlDO

Physiotherapie erhielten die Frauen im Durchschnitt eine Behandlung mehr im Quartal (Tabelle 17–13).

**Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlungen nach Altersgruppen und Geschlecht**

In der Physiotherapie stehen eine Vielzahl von Maßnahmen wie Manuelle Therapie, Massagetechniken, Sensomotorische Aktivierung und verschiedene Formen der Heilgymnastik zur Verfügung. Das Ziel physiotherapeutischer Maßnahmen sind die Förderung, Erhaltung oder Wiederherstellung der Beweglichkeit und Funktionalität des Muskel- und Skeletapparates und häufig auch die Schmerzreduktion. Durchschnittlich mehr als ein Fünftel aller Pflegebedürftigen (24,2%) erhält im Mittel der vier Quartale 2014 jeweils Physiotherapie (Tabelle 17–14). Der Anteil der physiotherapeutischen Patienten ist bei den weiblichen Pflegebedürftigen in jeder Altersgruppe höher als bei den männlichen. Ab der neunten Lebensdekade gleichen sich die Geschlechter an. Die meisten physiotherapeutischen Patienten sind unter den Pflegebedürftigen im Alter zwischen 20 und 59 zu finden, der Patientenanteil erreicht bei dieser viele Jahrgänge umfassenden Gruppe 30%. Die Nicht-Pflegebedürftigen erhalten insgesamt deutlich weniger Physiotherapie verordnet. Auch hier überwiegt der Anteil der Frauen mit Verordnungen deutlich den der Männer. Die Zeit mit der höchsten Behandlungsrate liegt bei den Nicht-Pflegebedürftigen erwartungsgemäß deutlich später im Lebenszyklus (Abbildung 17–23).

**Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlungen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform**

Die Verordnung von Physiotherapie entwickelt sich erwartungsgemäß entlang der sich in Pflegebedürftigkeit äußernden körperlichen Einschränkungen. Von der Pflegestufe I (20,6%) über die Pflegestufe II (29,2%) bis zur Pflegestufe III (33,8%) nimmt der Anteil der Personen mit physiotherapeutischer Unterstützung an den Pflegebedürftigen zu (Tabelle 17–14). Wie bei der Inanspruchnahme von ambulanten oder stationären ärztlichen Leistungen sind auch hier Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz deutlich seltener Patienten als Personen mit ansonsten

Tabelle 17–14

**Physiotherapie – Anteil Pflegebedürftiger mit mindestens einer Behandlung nach Pflegestufe und Pflegeart im Durchschnitt der Quartale, in % (2014)**

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0		8,2	8,2		8,0	8,0		7,1	7,1		8,1	8,1
PS I	22,9	12,4	20,5	26,1	13,4	21,9	25,3	12,3	18,7	23,8	13,0	20,6
PS II	30,9	21,3	27,1	42,6	28,6	35,5	40,3	22,2	26,7	35,5	23,7	29,2
PSI III (inkl. HF)	41,3	36,2	38,0	55,2	41,0	44,6	46,5	23,1	24,7	47,0	30,2	33,8
<b>Alle Pflegestufen</b>	<b>25,5</b>	<b>17,2</b>	<b>22,6</b>	<b>32,4</b>	<b>22,8</b>	<b>28,0</b>	<b>31,6</b>	<b>19,6</b>	<b>23,2</b>	<b>28,1</b>	<b>19,7</b>	<b>24,2</b>

\* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte.  
 \*\* Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.

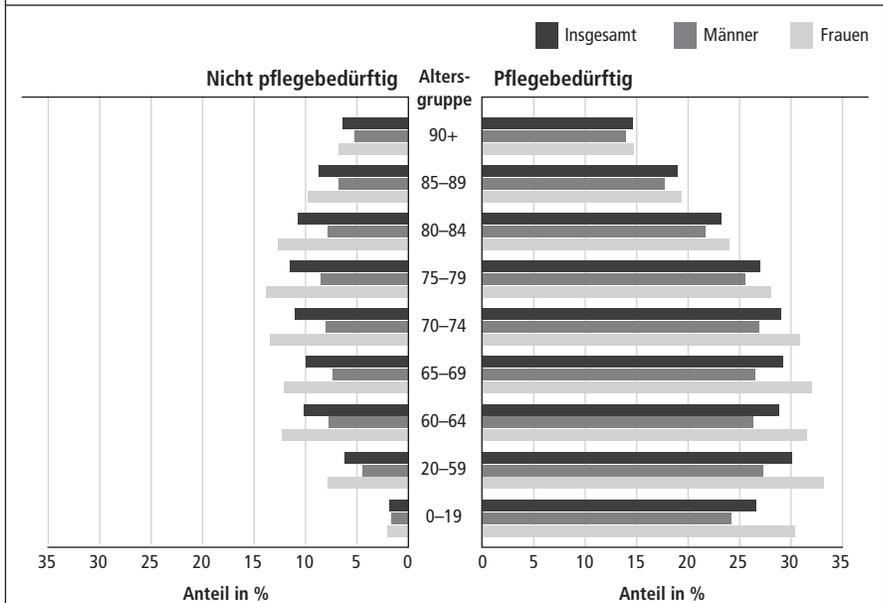
Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

WIdO

Abbildung 17–23

**Physiotherapie-Patienten bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Alter und Geschlecht im Durchschnitt der Quartale (2014)**



Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

WIdO

gleicher Einstufung ihrer Pflegebedürftigkeit. Im Durchschnitt sind in einem Quartal über alle Stufen hinweg betrachtet 28 % der Pflegebedürftigen ohne kognitive Einschränkungen, demgegenüber aber nur 20 % der Pflegebedürftigen mit PEA-Status in physiotherapeutischer Behandlung.

Die Analyse der Pflegesettings zeigt zwei Trends: Von den Pflegebedürftigen *ohne* PEA-Status, die Sach- oder Kombinationsleistungen erhalten oder im Pflegeheim leben, ist ein auffallend größerer Anteil in physiotherapeutischer Behandlung als von den rein informell Versorgten ohne PEA-Status. Die Versorgungsquote bei Pflegebedürftigen *mit* PEA-Status hingegen ist über die verschiedenen Settings hinweg recht ähnlich. Nur Personen in der Stufe III *mit* PEA-Status, die im Heim versorgt werden, erhalten deutlich seltener Physiotherapie als Personen mit gleicher Pflegebedürftigkeit im ambulanten Setting (Tabelle 17–14).

### Inanspruchnahme ergotherapeutischer Behandlungen nach Altersgruppen und Geschlecht

Neben der Physiotherapie soll auch die Behandlung der Pflegebedürftigen mit Ergotherapie vertieft dargestellt werden. Ergotherapie umfasst motorisch-funktionelle, psychisch-funktionelle und sensomotorisch-perzeptive Therapien sowie das so genannte Hirnleistungstraining. Ziel der ergotherapeutischen Maßnahmen ist die (Wiederherstellung der) Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen und bei der Selbstversorgung. Ergotherapie wird bei Kindern u. a. bei motorischen Entwicklungsstörungen (UEMF) eingesetzt, bei Erwachsenen stehen rehabilitative Maßnahmen nach Stürzen, Operationen und schweren Unfällen im Vordergrund. Bei Senioren kommen ergotherapeutische Behandlungen bei demenziellen Syndromen oder zur palliativen Versorgung zum Einsatz.

Nur ein marginaler Anteil an den nicht-pflegebedürftigen Versicherten nimmt ergotherapeutische Leistungen in Anspruch. Dies veranschaulicht Abbildung 17–24. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der Kinder- und Jugendlichen (0-19 Jahre): Hier nehmen 1,7 % der nicht-pflegebedürftigen Jungen und 0,8 % der Mädchen Ergotherapie in Anspruch. Bei den Pflegebedürftigen ist das Inanspruchnahmeverhalten anders: Rund 18 % der 0- bis 19-Jährigen erhalten Ergotherapie, die Jungen deutlich häufiger als die Mädchen. Ergotherapeutische Maßnahmen schulen bei dieser Altersgruppe zumeist die Motorik, die Konzentrationsfähigkeit und das Sozialverhalten. Von den Pflegebedürftigen über 65 Jahre erhalten rund 8 % ergotherapeutische Behandlungen. Der Anteil sinkt dann jedoch kontinuierlich mit dem Alter (Abbildung 17–24).

Betrachtet man die Inanspruchnahme der Ergotherapie wiederum differenziert nach Versorgungsbereichen, so wird deutlich, dass der Anteil der Patienten an den Pflegebedürftigen mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit zunimmt. Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz sind erwartungsgemäß eher in ergotherapeutischer Behandlung als Pflegebedürftige ohne PEA-Status. Dies gilt durchgängig jedoch nur für Pflegebedürftige mit der Pflegestufe I bzw. für Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld erhalten. Ab der Pflegestufe II erhalten Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz in der vollstationären Pflege oder bei Sach- und Kombinationsleistungsbezug deutlich seltener Ergotherapie als Personen ohne diese Einschränkung (Tabelle 17–15).

Abbildung 17–24

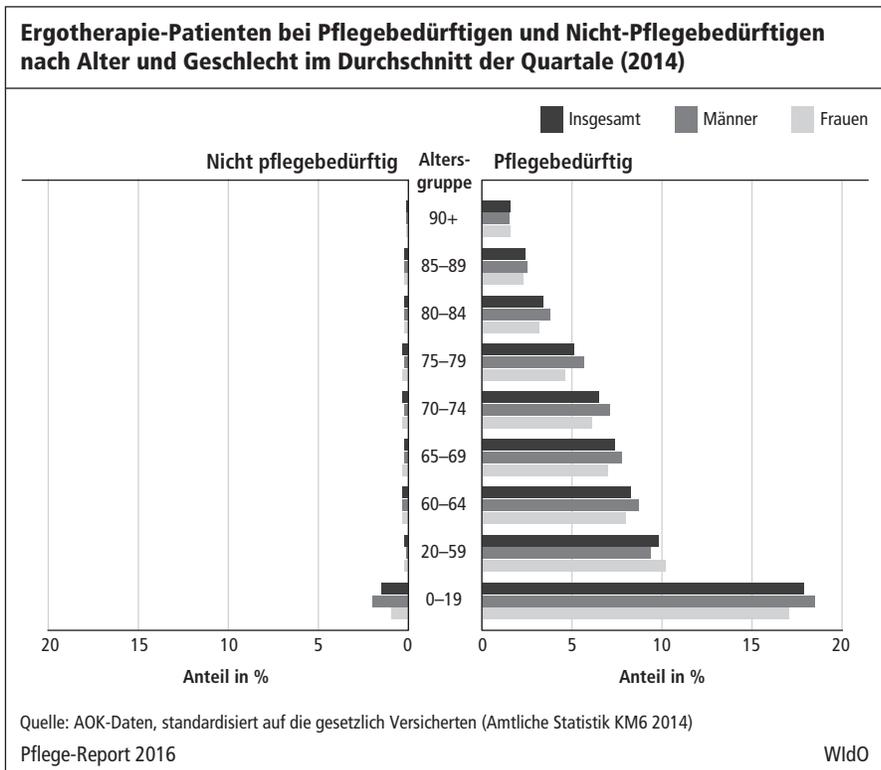


Tabelle 17–15

**Ergotherapie – Anteil Pflegebedürftiger mit mindestens einer Behandlung nach Pflegestufe und Pflegeart im Durchschnitt der Quartale, in % (2014)**

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0		4,9	4,9		2,9	2,9		1,9	1,9		4,3	4,3
PS I	3,2	6,1	3,8	3,1	3,7	3,3	3,1	3,2	3,1	3,3	4,7	3,7
PS II	5,9	7,8	6,6	9,2	8,0	8,5	8,1	5,6	6,2	7,3	6,9	7,1
PSI III (inkl. HF)	9,5	12,0	11,1	15,9	12,0	13,0	15,4	6,9	7,5	12,5	9,3	9,9
<b>Alle Pflegestufen</b>	<b>4,0</b>	<b>7,1</b>	<b>5,1</b>	<b>5,6</b>	<b>6,5</b>	<b>6,0</b>	<b>5,5</b>	<b>5,3</b>	<b>5,3</b>	<b>4,8</b>	<b>6,3</b>	<b>5,5</b>

\* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte.

\*\* Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

## 17.5 Versorgungsstrukturen und Personal in der Langzeitpflege in Deutschland

### Angebotsstrukturen

Rund 26 000 ambulante und stationäre Pflegedienste und -einrichtungen erfasste das Statistische Bundesamt zum Jahresende 2013 im Rahmen der Erhebung der Pflegestatistik. Zehn Jahre zuvor waren es nur 20 000 und damit über ein Viertel (26,6%) weniger. Die Zahl der Pflegedienste ist innerhalb dieses Zeitraums von rund 10 600 auf 12 800 und somit um 20%, die Zahl der Pflegeheime von 9 700 auf 13 000, d. h. um 34% gestiegen (Abbildung 17–25).

Nur eine Minderheit der Pflegeinfrastruktur ist in öffentlicher Hand (1,4% der ambulanten Dienste 4,7% der Heime). Die Mehrzahl der ambulanten Dienste (63,9%) wird durch private Anbieter betrieben, 35% durch freigemeinnützige. Der Marktanteil hat sich seit 2003 deutlich zugunsten der privaten Anbieter verschoben, aber auch 2003 war mit 55% die Mehrzahl der ambulanten Dienste schon in privater Trägerschaft. Bei den stationären Einrichtungen wird etwas mehr als die Hälfte durch freigemeinnützige Träger betrieben, 41% durch Private. Der Marktanteil hat sich anders als im ambulanten Sektor jedoch nur gering verändert. Insbesondere der Anteil öffentlicher Träger ist innerhalb der letzten zehn Jahre deutlich zurückgegangen (Abbildung 17–25).

Die stationären Angebote lassen sich ferner danach differenzieren, ob die Einrichtung stationäre Dauerpflege, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder eine

Abbildung 17–25

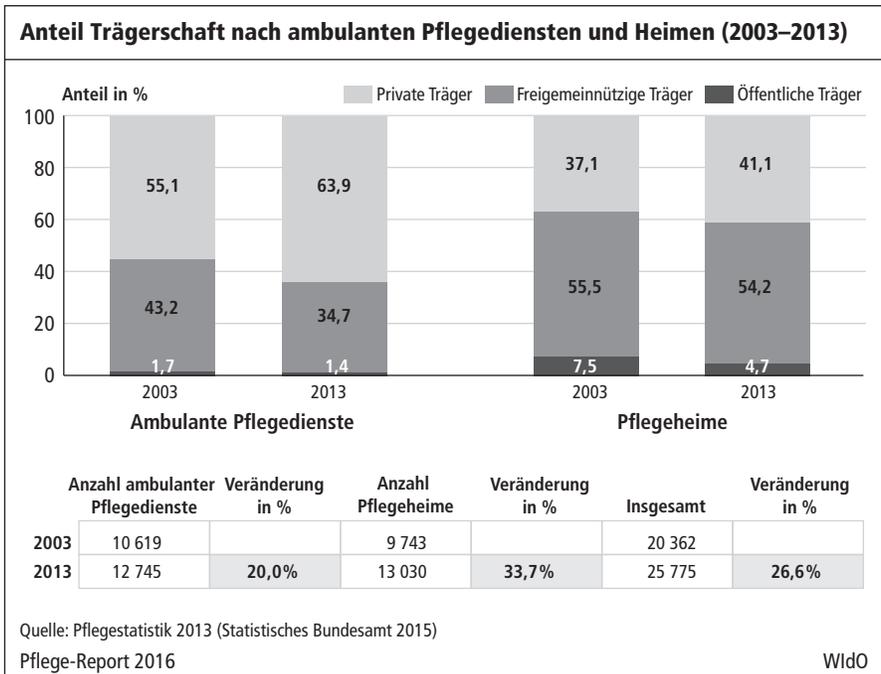
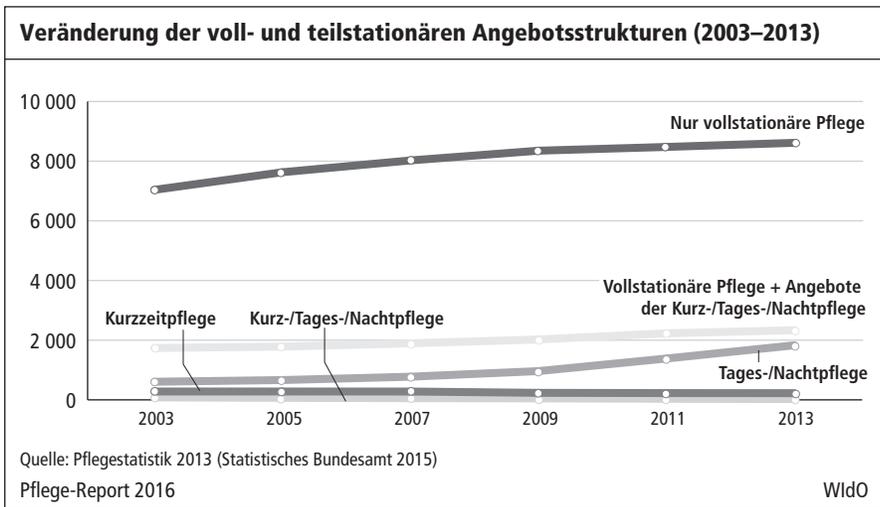


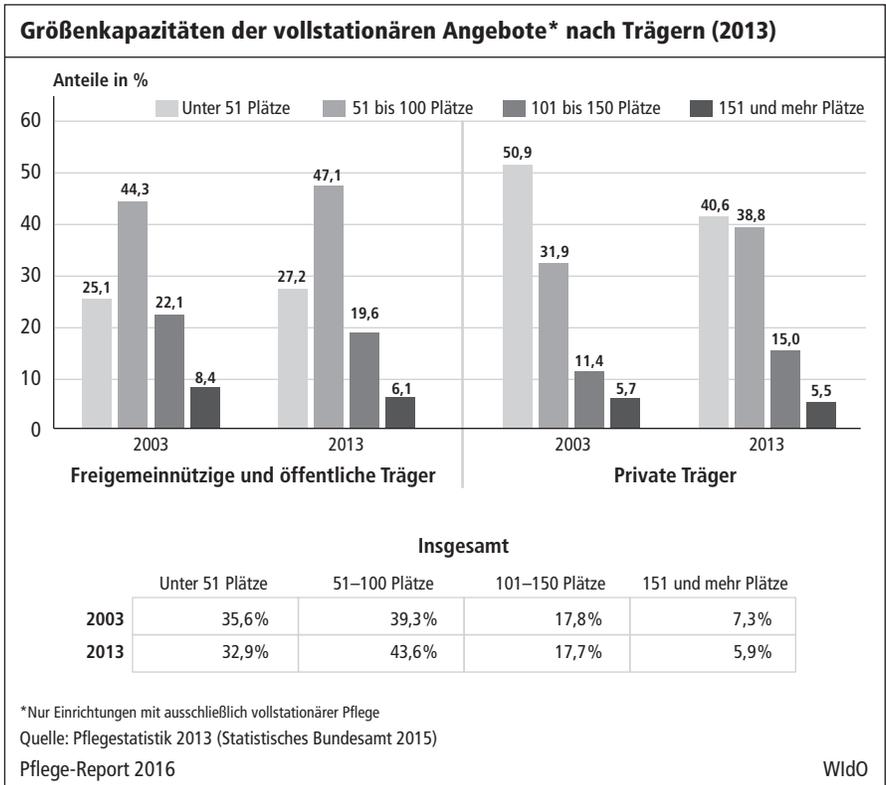
Abbildung 17–26



Mischung dieser Angebote bereitstellt. Abbildung 17–26 verdeutlicht, dass die Mehrzahl (8 615 Einrichtungen) der rund 13 000 stationären Einrichtung ausschließlich Dauerpflege anbietet. Mit rund 1 800 Einrichtungen im Jahr 2013 ist hiernach die Tages- und Nachtpflege die häufigste solitäre Angebotsform. Die Zahl dieser Einrichtungen hat sich in den letzten zehn Jahren verdreifacht und ist damit deutlich überproportional gestiegen. Anbieter, die allein Kurzzeitpflege bereitstellen, sind hingegen selten (224 Einrichtungen). In der Regel findet die Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen statt, die zusätzlich ein entsprechendes Angebot bereithalten (2 334 Einrichtungen) (Abbildung 17–26).

Neben der reinen Anzahl der Pflegeeinrichtungen sind auch deren Kapazitätsgrößen von Interesse. Abbildung 17–27 zeigt die Zahl der Pflegeplätze in Einrichtungen der Dauerpflege. Insgesamt boten im Jahr 2013 33 % der Einrichtungen weniger als 50 Plätze an, 44 % hatten eine Größenordnung von 51 bis 100 Plätzen. Damit hat fast jedes vierte Pflegeheim (24 %) mehr als 100 Bewohner. Die Größenkapazitäten unterschieden sich zwischen den Trägern. Während bei den freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern fast die Hälfte der Pflegeheime (47,1 %) zwischen 51 und 100 Pflegeplätze aufweist, sind dies bei den privaten lediglich 39 %. Die privaten Anbieter betreiben ferner viel häufiger kleine Pflegeeinrichtungen mit bis 50 Plätzen (40,6 %) als die freigemeinnützigen und öffentlichen Träger (27,2 %). Innerhalb der letzten zehn Jahre ist – insbesondere bei den privaten Anbietern – ein Trend hin zu Pflegeheimen mit der Größenkapazität 50 bis 100 Pflegeplätze zu beobachten. Der Anteil der Heime mit größerer Pflegeplatzanzahl hat hingegen abgenommen (Abbildung 17–27).

Abbildung 17–27



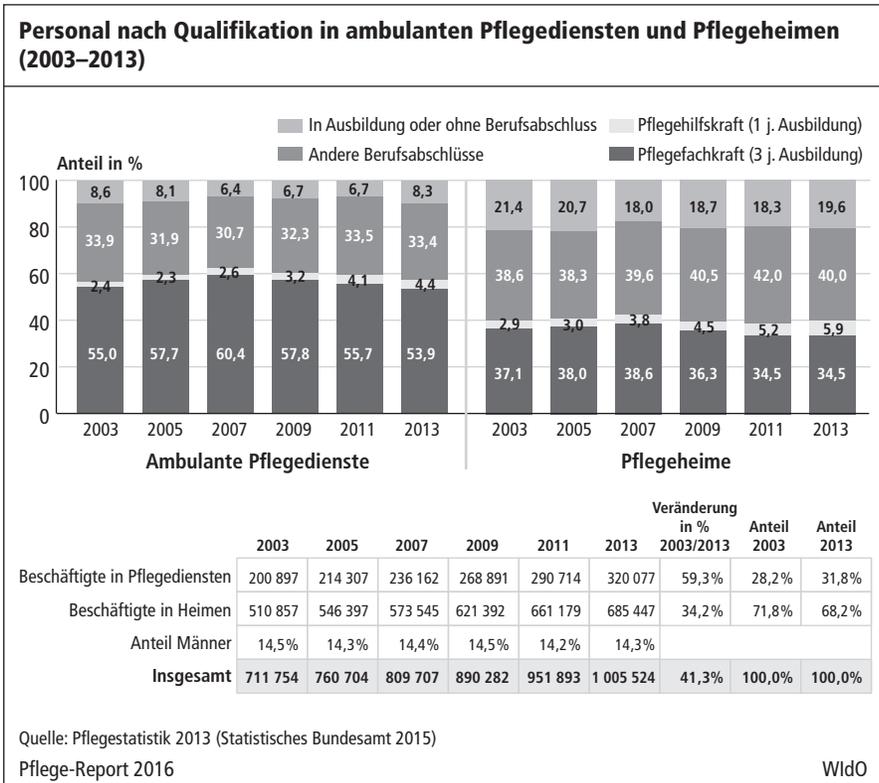
**Zahl und Qualifikation des Personals**

In den rund 26 000 Pflegeheimen und -diensten waren Ende des Jahres 2013 rund 1 Mio. Personen beschäftigt, 2003 waren dies noch 710 000 gewesen. Die Zahl der im Pflegesektor Beschäftigten ist folglich um 41 % angestiegen. Etwas mehr als zwei Drittel (68,2 %) der Beschäftigten war Ende 2013 im stationären Bereich tätig, dies entspricht 690 000 Arbeitnehmern. Die ambulanten Pflegedienste beschäftigten insgesamt 320 000 Personen, der Personalanstieg war dort mit rund 60 % stärker als im stationären Versorgungskontext. Der Anteil der Männer am Personal betrug 2013 14 % und ist innerhalb der letzten zehn Jahre konstant geblieben (Abbildung 17–28).

Im ambulanten Sektor hat etwas mehr als die Hälfte der dort Beschäftigten eine Qualifikation als Altenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in (bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in) (im Folgenden auch als Pflegefachkräfte bezeichnet). Der Anteil Personen ohne Berufsabschluss liegt bei unter 10 %.

Im stationären Versorgungskontext überwiegt der Anteil der Personen, die entweder (noch) keine Berufsausbildung aufweisen, Personen mit anderen Berufsabschlüssen – hierunter auch heilerzieherische und Medizinalfachberufe wie Physiotherapie oder Ergotherapie – und Personen, die eine landesrechtlich anerkannte einjährige Ausbildung zur Pflegehilfskraft abgeschlossen haben. Lediglich 34 %

Abbildung 17–28

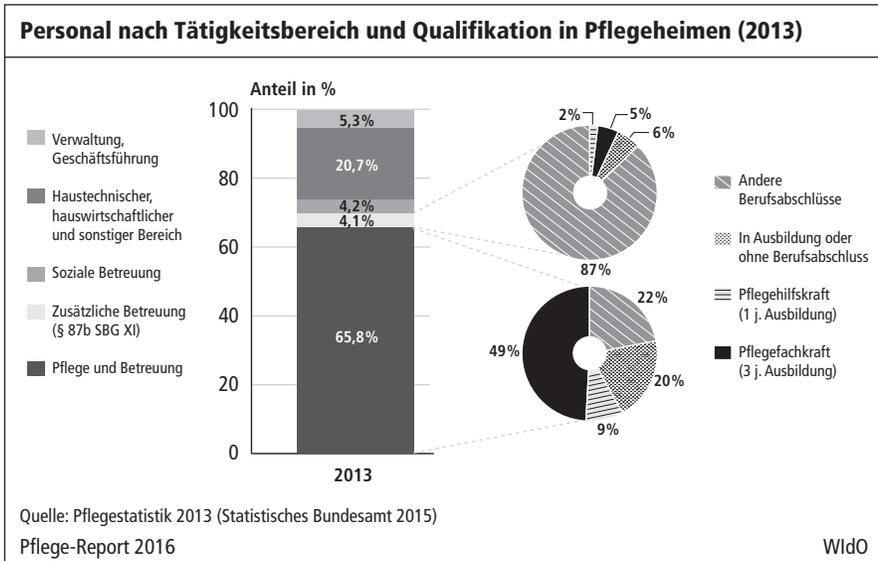


des Ende 2013 beschäftigten Personals in Pflegeheimen hatten eine dreijährige Ausbildung als Pflegefachkraft. Der Anteil war innerhalb der letzten zehn Jahre leicht rückläufig (Abbildung 17–28).

Aufzuzeigen ist ferner, dass – dies gilt für den ambulanten wie auch den stationären Sektor – nur ein Bruchteil der Personen, die als Hilfskräfte tätig sind, eine einjährige Ausbildung zur Hilfskraft absolviert haben. In den Pflegeheimen ist der Anteil dieser Personengruppe innerhalb der letzten zehn Jahre zwar angestiegen, Ende 2013 betrug er jedoch immer noch lediglich 6%.

Bezogen auf Personen in der direkten Pflege und Betreuung lag der Anteil pflegfachlich qualifizierter Kräfte in den Pflegeheimen jedoch deutlich höher (Abbildung 17–29). Rund die Hälfte der hier Tätigen (49%) hatte eine dreijährige Ausbildung, weitere 9% hatten eine einjährige Qualifikation zur Hilfskraft. Den Pflegeheimen war es seit Mitte 2008 möglich, für Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz zusätzliche Betreuungspersonen zu beschäftigen. Seit 2015 gilt dies auch für Heimbewohner, die einen Hilfebedarf an Grundpflege und in der Hauswirtschaft haben, der unterhalb der Stufe I liegt. § 87b SGB XI regelt, dass für 20 Personen je eine zusätzliche (sozialversicherungspflichtig beschäftigte) Betreuungsperson finanziert werden kann. Heute sind 4% des Personals in Pflegeheimen

Abbildung 17–29



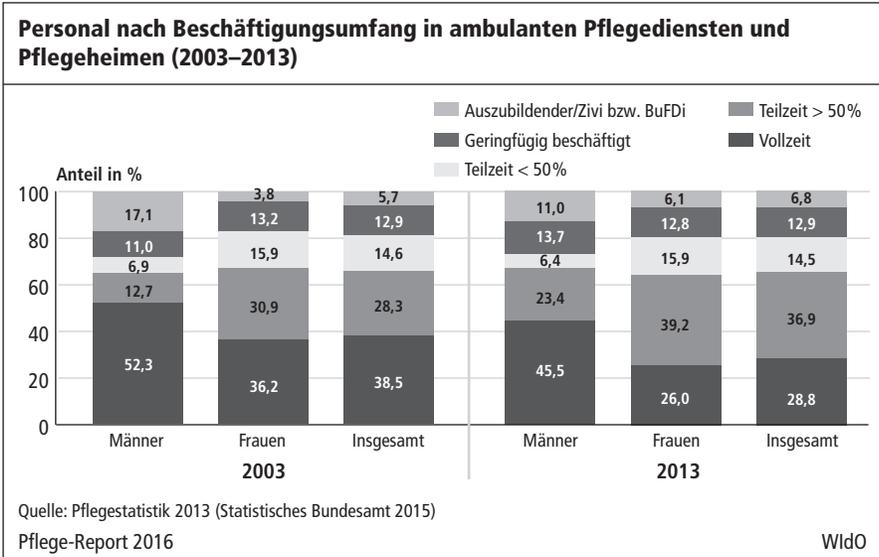
diesem Tätigkeitsbereich zuzuordnen (Abbildung 17–29). Die Tätigkeit als Betreuungskraft sollte explizit auch Quereinsteigern offen stehen. Die Betreuungskräfte müssen eine entsprechende Qualifizierungsmaßnahme in Form eines Praktikums, einer 160 Stunden umfassenden Fortbildung und regelmäßiger Fortbildungstage durchlaufen<sup>9</sup>. Gleichwohl haben 5 % der Betreuungskräfte eine dreijährige Qualifikation als Pflegefachkraft (Abbildung 17–29). Auch Ergotherapeuten sind als Betreuungskräfte beschäftigt (3 %). Darüber hinaus wird die Qualifikation des Betreuungspersonals nach § 87b SGB XI häufig als „sonstiger pflegerischer Beruf“ angegeben. Dies kann bedeuten, dass das Personal Haus- und Familienpflegehelfer, Familienbetreuer, Schwesternhelfer oder Altenpflegehelfer ohne staatlich anerkannten Abschluss ist. Aber auch die oben beschriebene Qualifikation zur zusätzlichen Betreuungskraft (Betreuungsassistent) wird in dieser Form erfasst<sup>10</sup>.

Nur eine Minderheit des Personals – weniger als jeder Dritte (28,8 %) – in ambulanten und stationären Pflegediensten und -einrichtungen war Ende des Jahres 2013 in Vollzeit tätig. Zehn Jahre zuvor waren dies noch 39 %. Männer und Frauen unterscheiden sich deutlich hinsichtlich der Teilzeitquote: Während im Jahr 2013

9 Siehe Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RI) vom 19. August 2008 in der Fassung vom 29. Dezember 2014 [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/rahmenvertraege\\_richtlinien\\_und\\_bundesempfehlungen/2014\\_12\\_29\\_Angepasste\\_Richtlinien\\_87b\\_SGB\\_XI\\_final.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/rahmenvertraege_richtlinien_und_bundesempfehlungen/2014_12_29_Angepasste_Richtlinien_87b_SGB_XI_final.pdf) (01. Dezember 2015).

10 Erläuterungen zum Fragebogen der Pflegestatistik – Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) unter [https://www.statistik.bayern.de/medien/statistik/erhebungen/pfs\\_s11-15erl%C3%A4uterung.pdf](https://www.statistik.bayern.de/medien/statistik/erhebungen/pfs_s11-15erl%C3%A4uterung.pdf) (01. Dezember 2015).

Abbildung 17–30



nur rund jede vierte Frau (26%) in Vollzeit tätig ist, ist dies bei den Männern fast jeder Zweite (45,5%). Der Rückgang der Personen, die in Vollzeit arbeiten, war innerhalb der letzten zehn Jahre bei den Frauen noch stärker als bei den Männern (Abbildung 17–30).

Bogai et al. (2015) zeigen in einer Studie auf, dass der Anteil der Teilzeitkräfte deutlich überproportional ist. Er lag 2013 bei allen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten bei nur 27%. Durch eine Analyse des Mikrozensus (2013) zeigen die Autoren ferner, dass vor allem in Ostdeutschland ein erheblicher Anteil der Altenpflegekräfte „unfreiwillig“ in Teilzeit ist. Dort gibt fast die Hälfte der Teilzeit in der Altenpflege tätigen Personen (55% der Altenpflegehelfer und 46% der Fachkräfte in der Altenpflege) an, dass sie in Teilzeit arbeiten, da sie keine Vollzeittätigkeit finden können. In Nord(west)- und Süddeutschland liegen die entsprechenden Anteile für die Hilfskräfte immerhin noch bei 21 bzw. 14% und für die Fachkräfte bei 16 bzw. 10% (Bogai et al. 2015, S. 10).

## 17.6 Zusammenfassung

Der Beitrag zeigt die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und die gesundheitliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland. Die Analysen basieren auf der amtlichen Statistik der gesetzlichen Pflegeversicherung, auf standardisierten AOK-Daten sowie auf der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes.

Laut amtlicher Statistik der gesetzlichen Pflegeversicherung waren im Jahr 2014 rund 2,7 Mio. Personen pflegebedürftig, dies entspricht knapp 4% der gesetzlich versicherten Bundesbürger. Mit dem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig-

tig zu sein, deutlich zu. Bei den über 90-Jährigen ist bei einer Quote von 58 % sogar eine deutliche Mehrzahl der Personen pflegebedürftig. Zudem unterscheidet sich die Pflegeprävalenz zwischen Männern und Frauen: Frauen sind insbesondere in den höheren Altersgruppen deutlich stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen.

Die Zahl der Pflegebedürftigen hat sich innerhalb der letzten zehn Jahre um ca. 44 % erhöht. Berücksichtigt man jedoch die fortschreitenden Alterungsprozesse der Gesellschaft und die seit dem Jahr 2008 geltende Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises um Personen mit Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I, so zeigt sich darüber hinaus nur ein recht moderater Anstieg von 12 %. Mit Einführung des Status „eingeschränkte Alltagskompetenz“ wurden die Leistungen auch für solche Personen aufgestockt, die bereits eine Pflegestufe aufweisen. Rund die Hälfte der gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen hat heute eine solche eingeschränkte Alltagskompetenz, wobei die Anteile je nach Schwere der Pflege und Versorgungsform stark variieren. In der Pflegestufe I benötigen 30 %, in der Pflegestufe III 81 % aufgrund dieser Einschränkung entsprechende Hilfen bei der allgemeinen Betreuung. Auch bei den Geldleistungsbeziehern ist der Anteil mit rund 37 % unterproportional, während im stationären Setting 70 % und damit eine deutliche Mehrheit der Heimbewohner eine eingeschränkte Alltagskompetenz haben.

Insgesamt wird die Mehrzahl der Pflegebedürftigen – nämlich drei von vier – in ihrer häuslichen Umgebung betreut. Die Hälfte bezieht dabei ausschließlich Pflegegeld, rund ein Viertel entschied sich entweder für eine Kombination aus Geld- und Sachleistung oder für den alleinigen Bezug von Sachleistungen. Nur jeder vierte Pflegebedürftige wird in einem stationären Pflegeheim versorgt. Von den ambulant Versorgten hat im Jahresdurchschnitt jeder Vierte mindestens einmal eine Verhinderungspflege und mehr als jeder zehnte eine Kurzzeitpflege genutzt. Tages- und Nachtpflege hingegen wird nur von einer Minderheit (rund 4 %) in Anspruch genommen. Im Vergleich zum Jahr 2011 ist die Inanspruchnahme aller drei Angebotsformen gestiegen, am deutlichsten ist die Veränderung bei der Verhinderungspflege; moderat war der Zuwachs allein bei der Kurzzeitpflege.

Aufgezeigt wurde ferner, dass ein nicht unerheblicher Anteil von Pflegebedürftigen nur für einen kurzen Zeitraum vor ihrem Tode pflegebedürftig wird. Von den erstmals Pflegebedürftigen ist fast jeder Vierte bereits nach einem halben Jahr und knapp jeder Dritte nach einem Jahr verstorben. Die Überlebenszeiten sind zudem bei den Männern kürzer als bei den Frauen, was – unter Berücksichtigung dessen, dass Männer im Durchschnitt eine höhere Pflegeschwere aufweisen – darauf hindeuten könnte, dass Männer erst zu einem späteren Zeitpunkt, d. h. bei bereits erhöhter Morbidität, in die Pflegebedürftigkeit eintreten. Bezogen auf das Eintrittsalter sind die Überlebenszeiten der neu in die Pflege eingetretenen Personen (ausgenommen der Gruppe der Kinder- und Jugendlichen) überraschenderweise relativ homogen. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die inzidente Kohorte (Eintritt in die Pflegebedürftigkeit) zunächst eine so ausgeprägte Morbiditätslast hat, dass Alterseffekte in den Hintergrund treten.

Als Kennzahl für die ärztliche Versorgung der Pflegebedürftigen wurden die Facharztkontakte ausgewertet. 85 % der Pflegebedürftigen hatten 2014 einen oder mehrere Kontakte zu einer Facharztpraxis, im Mittel der Quartale etwa 66 %. Die Inanspruchnahme unterscheidet sich nicht wesentlich zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen. Betrachtet man die Frequenz der Inanspruchnahme

der fachärztlichen Versorgung differenziert nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit, so zeigt sich, dass Personen, die über ihre körperlich bedingte Pflegebedürftigkeit hinaus zusätzlich eine eingeschränkte Alltagskompetenz (PEA-Status) aufweisen, in allen Pflegestufen jeweils zu einem leicht geringeren Anteil Facharztbesuche wahrnehmen als Pflegebedürftige der gleichen Stufe ohne diese Einschränkung. Ferner zeigt sich für die Pflegebedürftigen im stationären Sektor in allen Pflegestufen eine insgesamt höhere Quote an Facharztkontakten als im ambulanten Sektor. Inwiefern die beobachteten Effekte durch Unterschiede in der Morbidität begründet sind oder auf eine verminderte ärztliche Versorgung im häuslichen Kontext hinweisen, konnte hier nicht weiter untersucht werden.

Mit Bezug zum Krankenhaus wurde die erhebliche Bedeutung von Pflegebedürftigkeit für den Versorgungsalltag herausgearbeitet: Bei nahezu jedem vierten Krankenhausfall wird ein Pflegebedürftiger behandelt. Jeder zehnte Krankenhausfall betrifft Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz – mit zunehmender Tendenz. Anders herum bedeutet dies aber auch: Fast die Hälfte der Pflegebedürftigen hatte innerhalb des Jahres 2014 mindestens einen Krankenhausaufenthalt. Im Durchschnitt waren die Betroffenen zweimal im Krankenhaus. Vergleicht man die Hospitalisierungsraten zwischen den Versorgungsformen je Pflegestufe, unterscheiden sich diese dahingehend, dass informell versorgte Personen eine geringere Hospitalisierungsrate aufweisen. Gleichzeitig wird deutlich, dass Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz (PEA) einen geringeren Anteil an Krankenhausaufenthalten im Quartal aufweisen als Personen der gleichen Stufe ohne eingeschränkte Alltagskompetenzen.

Mit zunehmender Morbidität bzw. zunehmendem Alter steigt das Risiko, eine hohe Anzahl verschiedener Arzneiwirkstoffe verordnet zu bekommen. Mit dieser als Polymedikation bezeichneten Verdichtung der pharmakologischen Therapie geht die Zunahme von unerwünschten Wechselwirkungen dieser Wirkstoffe einher. In den Altersgruppen ab 60 Jahre erhalten sowohl die Nicht-Pflegebedürftigen als auch die Pflegebedürftigen mehrheitlich fünf oder mehr Wirkstoffe verordnet. Insgesamt liegt die Zahl der Verordnungen bei den Pflegebedürftigen jedoch deutlich höher als bei den Nicht-Pflegebedürftigen. So erhalten rund 68 % der 70- bis 74-Jährigen Pflegebedürftigen mehr als fünf und jeder Vierte sogar mehr als zehn Wirkstoffe. Wie auch in anderen Sektoren der Versorgung zu beobachten ist, steigt der Anteil Pflegebedürftiger mit zunehmender Schwere der Pflegebedürftigkeit an und sinkt dann in der Pflegestufe III wieder ab. Auch sind Pflegebedürftige mit einer zusätzlichen Einschränkung der Alltagskompetenz deutlich seltener von Polymedikation betroffen als Pflegebedürftige ohne diese Einschränkung. Ebenso unterscheidet sich die Verordnungsdichte auch zwischen den Versorgungsformen.

Untersucht wurde ferner, in welchem Ausmaß für Ältere potenziell ungeeignete Arzneimittel verordnet wurden. Insgesamt erhalten die Pflegebedürftigen deutlich häufiger solche Arzneien der PRISCUS-Liste. Die meisten dieser Verordnungen stammen aus der Gruppe der Psycholeptika und Psychoanaleptika. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass anders als bei den Nicht-Pflegebedürftigen die Wahrscheinlichkeit, ein PRISCUS-Mittel zu erhalten, mit zunehmendem Alter sinkt. Bei den Nicht-Pflegebedürftigen hingegen bleibt der Anteil relativ konstant bzw. steigt mit dem Alter leicht an. Dies könnte darauf hindeuten, dass Ärzte bei der Behandlung insbesondere älterer Pflegebedürftiger – und damit wahrscheinlich eher multimorbider

Patienten – sensibler gegenüber Verordnungen problematischer Arzneien sind als bei Personen gleichen Alters ohne derartige Einschränkung. Letztlich bedürfte es hierfür jedoch einer Analyse die nach tatsächlicher Erkrankungslast (Morbidity) der Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen differenziert.

Aufgrund des nicht unumstrittenen Einsatzes von Antipsychotika bei psychischen und Verhaltensstörungen bei Demenz (BPSD) wurden ergänzend zu den PRISCUS-Analysen auch die Häufigkeiten der Verordnungen aus diesem Wirkstoffkreis in den Blick genommen. Jeder dritte demenziell erkrankte Pflegebedürftige über 65 Jahre hat ein Antipsychotikum verordnet bekommen. Im Pflegeheim trifft dies auf 42% der Bewohner mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz zu. Im häuslichen Kontext – ohne Sachleistungsbezug – ist dieser Anteil nur halb so hoch.

Neben der Arzneimitteltherapie wurden darüber hinaus auch Kennzahlen zur Heilmittelbehandlung ausgewiesen. Rund jeder dritte Pflegebedürftige erhielt im Quartal eine Heilmitteltherapie. Die mit großem Abstand häufigsten Heilmittelbehandlungen der Pflegebedürftigen entstammen dem Maßnahmenkatalog der Physiotherapie – jeder Vierte Pflegebedürftige erhält eine solche im Quartal. Pflegebedürftigen wird weitaus häufiger eine solche Behandlung verordnet als Personen gleichen Alters und Geschlechts, die nicht pflegebedürftig sind. Noch viel ausgeprägter ist dies bei der Inanspruchnahme der Ergotherapie: Nur ein marginaler Anteil an den nicht-pflegebedürftigen Versicherten nimmt ergotherapeutische Leistungen in Anspruch – eine gewisse Ausnahme bildet dabei die Gruppe der Kinder- und Jugendlichen.

Während die Inanspruchnahme von Physiotherapie bei Sach- und Kombinationsleistungsempfängern sowie im Pflegeheim eher häufiger stattfindet – insbesondere bei Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz –, so zeigt sich bei der Ergotherapie ein umgekehrtes Bild. Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten hier in der Pflegestufe I gleich häufig und ab der Pflegestufe II deutlich seltener Ergotherapie.

Die Darstellung der Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland schließt mit einem Überblick zur Pflegeinfrastruktur. Deutlich wird, dass die Zahl der Pflegedienste und Pflegeheime innerhalb der letzten zehn Jahre um 20% bzw. 34% gestiegen ist. Die Zahl der (solitären) Angebote der Tages- und Nachtpflege hat sich im gleichen Zeitraum verdreifacht und ist damit deutlich überproportional gestiegen. Betreiber von Heimen und Diensten sind private und freigemeinnützige Anbieter, die öffentliche Hand stellt nur einen sehr geringen Anteil des Angebots. Bei den ambulanten Diensten hat sich der Marktanteil der privaten Anbieter in den letzten zehn Jahren zudem deutlich erhöht.

Rund 1 Mio. Personen waren 2013 in den Pflegeheimen und -diensten beschäftigt, 2003 waren dies noch etwa 710 000 gewesen. Im ambulanten Sektor hat etwas mehr als die Hälfte der dort Beschäftigten eine Qualifikation als Altenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in (bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in), im Pflegeheim hatte von den in der direkten Pflege und Betreuung Tätigen ebenfalls die Hälfte eine entsprechende dreijährige Qualifikation. Auffällig ist ferner, dass nur eine Minderheit des Personals – weniger als jeder Dritte (28,8%) – in ambulanten und stationären Pflegediensten und -einrichtungen 2013 in Vollzeit tätig war. Zehn Jahre zuvor waren dies noch 39% gewesen. Bezogen auf alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist dieser Anteil ein deutlich unterproportiona-

ler. Es gibt Hinweise darauf, dass ein nicht unbedeutender Anteil der Beschäftigten ihre Arbeitszeit gerne ausweiten würde.

## Literatur

- BMG. Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2009.
- BMG. Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2013.
- Bogai D, Carstensen J, Seibert H, Wiethölter D, Hell S, Ludewig O. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient – Eine Studie im Auftrag des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für die Pflege. [http://bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Sonstiges/Studie\\_zu\\_den\\_Entgelten\\_der\\_Pflegeberufe.pdf](http://bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Sonstiges/Studie_zu_den_Entgelten_der_Pflegeberufe.pdf). (20. November 2015).
- DESTATIS. Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2014.
- Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. Witten-Herdecke, Wuppertal 2010. <http://www.priscus.net> (10. März 2015).
- Meyer F. Ergebnisse von Sekundärdatenanalysen zu Polypharmazie in Deutschland. Ein Vortrag an der Fachtagung Polypharmazie und PRISCUS-Liste. [http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs\\_alle/Meyer.pdf](http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Meyer.pdf). (10. November 2015).
- Mukhtar A. Methodische Aspekte der Datenanalyse zu Polypharmazie. Ein Vortrag an der Fachtagung Polypharmazie und PRISCUS-Liste. [http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs\\_alle/Mukhtar.pdf](http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Mukhtar.pdf). (10. November 2015).
- Thürmann P, Selke G. Arzneimittelversorgung älterer Patienten. In: Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra BP, Schmacke N. Versorgungs-Report 2013/2014. Stuttgart: Schattauer 2014; 185–91.

# Autorenverzeichnis



**Denise Becka, M. A.**  
**Institut Arbeit und Technik (IAT), Munscheidstraße 14,**  
**45886 Gelsenkirchen**

2005–2009 Bachelor-Studium der Sozialpsychologie/-anthropologie und Philosophie und 2009–2012 Masterstudium der Sozialpsychologie/-anthropologie und Philosophie an der Ruhr-Universität Bochum. Seit 2007 zunächst als studentische, dann als wissenschaftliche Hilfskraft am IAT tätig. Seit 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin des IAT im Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität. Parallel an der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum in der Abteilung für Allgemeinmedizin beschäftigt. Arbeitsschwerpunkt ist die Versorgungsforschung unter besonderer Berücksichtigung der hausärztlichen Palliativmedizin.



**Prof. Dr. phil. Johann Behrens**  
**Bauhofstraße 3, 10117 Berlin**

Studium der Soziologie, Sozialmedizin, Wirtschaftswissenschaften und Philosophie in Frankfurt und der Pflege- und Therapiewissenschaften in Ann Arbor. Promotion in Frankfurt, Habilitationsäquivalenz in Gesundheitswissenschaften, Habilitation in Sozialökonomie. 1994 Professor für Pflege- und Therapiewissenschaften und Prodekan in Fulda. 1998 Gründungsdi- rektor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Forscher, Gründungs- bzw. Vorstandsmit- glied der DFG-Sonderforschungsbereiche Nr. 3 (Mikroanalyti- sche Grundlagen der Gesellschaftspolitik, Frankfurt und Mann- heim), Nr. 186 (Statuspassagen und Risikolagen im Lebensver- lauf mit pflege- und therapiewissenschaftlichen Projekten, Bremen) und Nr. 580 (Gesellschaftliche Entwicklungen nach dem Systemumbruch, Halle und Jena) sowie des Zentrums für Sozialpolitik (Bremen).



**Elisa-Marie Behrndt, M. Sc.**  
**Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung (ZMV)**  
**der Psychiatrischen und Psychotherapeutischen Klinik,**  
**Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg,**  
**Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen**

Studium der Psychologie an der Leopold-Franzens-Universität in Innsbruck. Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „De-TaMAKS“ am Universitätsklinikum Erlangen: nicht-medikamentöse Aktivierungsmaßnahme für Menschen mit Demenz in der Tagespflege mit telefonischer Angehörigen-Kurzintervention zur Stärkung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Derzeit in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin – Verhaltenstherapie.



**Dr. rer. pol. Dieter Bogai**  
**Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)**  
**Berlin-Brandenburg, Friedrichstraße 34, 10969 Berlin**

Diplom-Volkswirt (1983) und Diplom-Kaufmann (1984). 1989 Promotion. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der FU Berlin und beim Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und Lehrbeauftragter an der Technischen Universität Berlin. Seit 1991 wissenschaftlicher Mitarbeiter im IAB und seit 2004 im IAB Berlin-Brandenburg. Zwischenzeitlich Berater für die Republik Kasachstan und Mitarbeit im Stab der Unabhängigen Kommission Zuwanderung sowie in der Projektgruppe „BA-Reform“.



**Prof. Dr. rer. pol. Holger Bonin**  
**Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW),**  
**L7 1, 68161 Mannheim**

Leiter des Forschungsbereichs Arbeitsmärkte, Personalmanagement und Soziale Sicherung am ZEW Mannheim und Professor für Volkswirtschaftslehre mit den Schwerpunkten Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik an der Universität Kassel. Hauptarbeitsgebiete sind die Fachkräftesicherung, der demografische Wandel und die Evaluation sozialpolitischer Maßnahmen. Mitglied des Bevölkerungswissenschaftlichen Ausschusses im Verein für Socialpolitik und Research Fellow des Bonner Instituts zur Zukunft der Arbeit.



### **Uwe Borchers**

**Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL (ZIG), Jahnplatz 5, 33602 Bielefeld**

Diplom-Soziologe. Geschäftsführer und Vorstandsmitglied des ZIG, dort seit 1999 tätig. Zuvor Lehre und Forschung an den Universitäten Bielefeld und Kaiserslautern. Arbeitsschwerpunkte: Organisationstheorie und Informatisierung, strategische Personal- und Unternehmenspolitik, Netzwerkmanagement und regionale Clusterentwicklung. Stellvertretender Vorstandsvorsitzender im Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e. V.



### **Dr. rer. pol. Grit Braeseke**

**IGES Institut GmbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin**

Wirtschaftswissenschaftlerin. Ab 2016 wissenschaftliche Mitarbeiterin der IGES Institut GmbH, Bereich Qualität-Evaluation-Reporting, Arbeitswelt & Demografie, Empirische Sozial- & Marktforschung. 2008–2015 wissenschaftliche Leiterin des Instituts für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH (IEGUS) in Berlin. Seit 20 Jahren tätig in den Bereichen Gesundheitsökonomie, Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung. Arbeitsschwerpunkte: der internationale Vergleich von Gesundheitssystemen, die Finanzierung von Gesundheits- und Pflegeleistungen, der Aufbau effizienter Versorgungsstrukturen, der volkswirtschaftliche Beitrag und die Produktivität der Gesundheitswirtschaft, Innovationen und altersgerechte Assistenzsysteme (AAL), Ausbildung in der Pflege sowie Migration von Gesundheitspersonal.



### **Michaela Evans**

**Institut Arbeit und Technik (IAT), Munscheidstraße 14, 45886 Gelsenkirchen**

Diplom-Sozialwissenschaftlerin. Seit 1999 wissenschaftliche Mitarbeiterin am IAT im Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Arbeitspolitik und Arbeitsbeziehungen, Entwicklung von Erwerbsarbeit und informeller Arbeit, berufliche Bildung, Qualifikations- und Kompetenzentwicklung, humanzentrierte Dienstleistungs- und Arbeitsgestaltung.



**Dr. rer. pol. Johannes Geyer**  
**Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin),  
Mohrenstraße 58, 10117 Berlin**

Studium der Volkswirtschaftslehre an der Humboldt-Universität zu Berlin und der FU Berlin. Seit 2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Staat am DIW Berlin. Seit 2014 Ombudsmann für gute wissenschaftliche Praxis am DIW Berlin. Forschungsschwerpunkt ist der Bereich der Sozialpolitik, insbesondere der Renten- und Pflegeversicherung.



**Prof. Dr. phil. Stefan Görres**  
**Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),  
Grazer Straße 4, 28359 Bremen**

Seit 1994 Professur an der Universität Bremen mit Schwerpunkten in Pflegewissenschaft und Gerontologie. Dekan des Fachbereichs 11, Human- und Gesundheitswissenschaften. Mitglied des Direktoriums des IPP. Stellvertretender Vorsitzender der Deutsch-Chinesischen Gesellschaft für Pflege (DCGP). Zahlreiche Veröffentlichungen u. a. zu Themen wie Zukunft der Pflege, Professionalisierung von Pflegeberufen, zukünftige Versorgungsstrukturen, Qualitätssicherung und Steuerungsmodellen in der Pflege. Mitherausgeber von wissenschaftlichen Buchreihen. Mitglied in zahlreichen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Jurys sowie in Wissenschaftlichen Beiräten bei Stiftungen und Unternehmen. Gutachten und Beratungen u. a. für Ministerien auf der Bundes- und Landesebene.



**Prof. Dr. med. Elmar Gräßel**  
**Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung (ZMV)  
der Psychiatrischen und Psychotherapeutischen Klinik,  
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg,  
Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen**

Leiter des ZMV. Leiter des Bereichs Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Psychiatrischen Universitätsklinik Erlangen. Wissenschaftliche Schwerpunkte: Forschung zur Situation pflegender Angehöriger, Erforschung nichtmedikamentöser Therapien bei Demenzen. Vorsitzender der Alzheimer Gesellschaft Mittelfranken e. V.



**Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß**  
**Hochschule Fulda, Fachbereich (FB) Pflege und Gesundheit, Marquardstraße 35, 36039 Fulda**

Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie und Dekan des FB Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Krankenversicherungsökonomie, internationaler Gesundheitssystemvergleich, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung.



**Prof. Dr. rer. medic. Ulrike Höhmann**  
**Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft, Stockumer Straße 12, 58453 Witten**

Studiengangsleiterin des multiprofessionellen M. A.-Studiengangs „Versorgung von Menschen mit Demenz“ an der Universität Witten/Herdecke. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Versorgungskonzepte und Rahmenbedingung der Versorgung chronisch kranker Menschen, Professionalisierung und Rahmenbedingungen der Pflegearbeit, Organisations- und Innovationsforschung, berufliche Kompetenzentwicklung, berufsgruppenübergreifende Kooperation, Schnittstellen der Versorgung, patientenorientierte Qualitätsentwicklung, multiprofessionelle Didaktik.



**Dr. phil. Martin Holzhausen**  
**GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin**

Diplom-Psychologe. Seit 2013 Referent beim GKV-Spitzenverband in der Forschungsstelle Pflegeversicherung. 2011–2013 Projektleiter im Bereich geriatrische Versorgungsforschung an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. 2007–2011 Dozent und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und am Robert Koch-Institut.



**Prof. Dr. iur. Gerhard Igl**  
**Güntherstraße 51, 22087 Hamburg**

1976–1985 wissenschaftlicher Referent am Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht. 1985–1996 Professor für Öffentliches Recht und Sozialrecht an der Universität Hamburg. 1996–2014 Professor für Öffentliches Recht und Sozialrecht an der Universität Kiel und geschäftsführender Direktor des Instituts für Sozialrecht und Gesundheitsrecht. Zahlreiche Veröffentlichungen auf folgenden Gebieten: deutsches, französisches und europäisches Sozialrecht; Recht der behinderten Menschen; Recht der älteren Menschen; Gesundheitsrecht, insbesondere Gesundheitsberuferecht; Recht des bürgerlichen Engagements.



**Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs**  
**Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),  
 Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld. Promotion an der FU Berlin. 1981–1987 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der FU Berlin und am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). 1988–2002 Gesundheitsökonom im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Seit 2002 Geschäftsführer des WIdO. Seit 2011 Honorarprofessor der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.



**Dr. rer. nat. Kathrin Jürchott**  
**Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),  
 Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

Studium der Biochemie und Molekularbiologie an der Humboldt-Universität zu Berlin. Danach mehrere Jahre in Forschung und Entwicklung in den Bereichen der Genomforschung und Bioinformatik tätig. Seit 2013 Mitarbeiterin des WIdO. Zuständig für Datenbankmanagement und Datenanalyse im Bereich Pflege.



**Dr. phil. Karl Kälble**  
**AHPGS Akkreditierung gGmbH, Sedanstraße 22,  
 79098 Freiburg**

Studium der Soziologie, Politik- und Erziehungswissenschaft in Freiburg; 1996 Promotion in Soziologie. Langjähriger wissenschaftlicher Mitarbeiter in Forschung und Lehre an der Abteilung für Medizinische Soziologie, Universität Freiburg. Seit 2004 wissenschaftlicher Mitarbeiter der AHPGS. Arbeitsschwerpunkte: Berufs-, Professions- und Bildungssoziologie mit Fokus Gesundheits- und Sozialwesen, Medizin- und Gesundheitssoziologie, Public Health, interprofessionelle Kooperation, Akkreditierung.



### **Jürgen Klauber**

**Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),  
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

Studium der Mathematik, Sozialwissenschaften und Psychologie in Aachen und Bonn. Seit 1990 im WIdO. 1992–1996 Leitung des Projekts GKV-Arzneimittelindex im WIdO, 1997–1998 Leitung des Referats Marktanalysen im AOK-Bundesverband. Ab 1998 stellvertretender Institutsleiter und ab 2000 Leiter des WIdO. Inhaltliche Tätigkeitsschwerpunkte: Themen des Arzneimittelmarktes und stationäre Versorgung.



### **Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmeiy**

**Prodekanat für Studium und Lehre, Campus Charité Mitte,  
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1,  
10117 Berlin**

Seit 2012 Wissenschaftliche Direktorin des Centrums für Human- und Gesundheitswissenschaften der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Seit 2002 Leiterin des Instituts für Medizinische Soziologie an diesem CharitéCentrum. Davor Professorin für Soziale Gerontologie und Medizinsoziologie an den Hochschulen Neubrandenburg und Braunschweig-Wolfenbüttel. Wissenschaftliche Arbeitsschwerpunkte: Alter und Altern, Gesundheitsentwicklung einer älter werdenden Bevölkerung und medizinische sowie pflegerische Versorgung. Seit 2014 Prodekanin für Studium und Lehre der Charité – Universitätsmedizin Berlin.



### **Manuela Lautenschläger, M. A.**

**Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft,  
Stockumer Straße 12, 58453 Witten**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur für multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen an der Universität Witten/Herdecke. Arbeitsschwerpunkte: Lehre und Organisation des multiprofessionellen Masterstudiengangs zur „Versorgung von Menschen mit Demenz“. Forschungsschwerpunkte, vor allem im Rahmen einer Promotion: Wechselwirkungsprozesse im Krankheitsverlauf chronisch kranker Menschen.



**Dr. rer. medic. Yvonne Lehmann**  
**Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Campus**  
**Virchow-Klinikum, Charité – Universitätsmedizin Berlin,**  
**Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin**

Krankenschwester. Studium der Pflege- und Gesundheitswissenschaft. Seit 2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité, zuvor am gleichnamigen Institut an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Arbeitsschwerpunkte: Qualifizierung in Pflege- und anderen Gesundheitsfachberufen, Technik- und pflegeintensive Langzeitversorgung



**Prof. Dr. phil. Dörte Naumann**  
**Fachbereich (FB) Gesellschaftswissenschaften und**  
**Soziale Arbeit, Hochschule Darmstadt, Adelongstraße 51,**  
**64283 Darmstadt**

Diplom in Soziologie und Promotion in Gerontologie an der Universität Heidelberg. Seit 2015 Professorin für Soziale Gerontologie am FB Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit an der Hochschule Darmstadt. Davor wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO) in Stuttgart, am Deutschen Zentrum für Altersforschung an der Universität Heidelberg, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, am Institut für Gerontologie TU Dortmund, am Deutschen Zentrum für Altersfragen DZA e. V. in Berlin sowie Projektleiterin am Zentrum für Qualität in der Pflege ZPQ in Berlin. Marie-Curie-Training Fellowship am Sheffield Institute for the Studies on Aging, University of Sheffield, England, und Postdoctoral Fellowship am Department for Human Ecology, University of Alberta, Kanada. Forschungsschwerpunkte: Möglichkeiten und Grenzen der selbstständigen Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe bis ins hohe Alter; Generationenbeziehungen im demografischen Wandel.



**Prof. Dr. P. H. Johanne Pundt, MPH**  
**APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft,**  
**Universitätsallee 18, 28359 Bremen**

Studium der Soziologie, Politikwissenschaften und Ethnologie an der FU Berlin sowie Masterstudiengang Public Health an der TU Berlin. Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der TU Berlin und langjährige Geschäftsführerin weiterbildender Studiengänge an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld. Aktuell Dekanin Gesundheitswirtschaft an der APOLLON Hochschule. Arbeitsschwerpunkte: Berufs-, Professions- und Bildungssoziologie bezogen aufs Gesundheitswesen und Themen zu Bedarfen im Bildungsbereich der Gesundheitswirtschaft sowie zu Qualifizierungspotenzialen und Arbeitsgestaltungen.



### **Isabel Rehbein**

**Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),  
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

Industriekauffrau, Diplom-Kauffrau. Studium der Volkswirtschafts- und Betriebswirtschaftslehre. Seit 1993 im WIdO, zunächst im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Pflege. Im Bereich Pflege seit 1999 vor allem mit der Konzipierung einer Software zum Betriebsvergleich Pflege befasst. Ferner im Bereich Heilmittel und vertragsärztliche Bedarfsplanung tätig.



### **Dr. phil. Agnieszka Satola**

**Fachbereich (FB) Sozial- und Kulturwissenschaften,  
Hochschule Fulda, Leipziger Straße 123, 36037 Fulda**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Lehrkraft an der Hochschule Fulda im FB Sozial- und Kulturwissenschaften sowie Lehrbeauftragte an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main im FB Kulturanthropologie und Europäische Ethnologie. Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Interkulturalität, Migrationssoziologie, qualitative Sozialforschung, Pflegeforschung.



### **Dr. phil. Eckart Schnabel**

**GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin**

Seit 2010 Leiter der Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband in Berlin. 2002–2010 wissenschaftlicher Geschäftsführer des Instituts für Gerontologie an der TU Dortmund. 2004–2006 Professur für Soziale Sicherung und Rehabilitation an der Universität Münster.



### **Dr. rer. pol. Erika Schulz**

**Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW),  
Abteilung Staat, Mohrenstraße 58, 10117 Berlin**

Diplom-Volkswirtin. Seit 1986 wissenschaftliche Mitarbeiterin am DIW. Forschungsschwerpunkte: demografische Entwicklung und Bevölkerungsvorausschätzungen, Entwicklung der Erwerbstätigkeit von Frauen und Älteren, sektorale Beschäftigung, öffentliche Infrastruktur. Seit 2000 verschiedene Projekte für die Europäische Kommission, insbesondere zu den Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegedienstleistungen sowie den Beschäftigungswirkungen im internationalen Vergleich. 1992–2012 Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Demographie (DGD), Leiterin der Arbeitsgruppe Bevölkerungsökonomie der DGD.



**Dipl.-Päd. Laura Schwarz**  
**Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft, Stockumer Straße 12, 58453 Witten**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur für multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen an der Universität Witten/Herdecke im Rahmen des Forschungsprojekts „Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzaktivierung und -entwicklung in der Pflege“ (AKiP). Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: arbeitsprozessintegrierte berufliche Kompetenzentwicklung von Führungs- und Fachkräften im Pflegebereich.



**Antje Schwinger**  
**Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO),  
 Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

Pflegestudium an der Napier University Edinburgh und Studium der Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln. Nach Tätigkeiten im WiDO und AOK-Bundesverband mehrere Jahre am IGES Institut tätig mit den Themenschwerpunkten vertragsärztliche Vergütung und Pflegeforschung. Seit 2013 mit dem Aufbau der Pflegeanalysen im WiDO betraut.



**Beate Schywalski**  
**Caritasverband für die Diözese Mainz e. V., Bahnstraße 32,  
 55128 Mainz**

Studium der Betriebswirtschaft mit dem Studienschwerpunkt Gesundheits-, Sozialökonomie und Krankenhauswesen. Als Assistentin der Geschäftsführung eines gemeinnützigen Trägers der Altenhilfe Projektleitung beim Aufbau eines „Osteuropaprojektes“ zur Legalisierung der osteuropäischen Haushaltshilfen in Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium in Rheinland Pfalz. Als Mitarbeiterin der psychiatrischen Institutsambulanz mit den verschiedensten Versorgungsformen von hilfebedürftigen Menschen befasst. Seit 2012 Referentin für Betriebswirtschaft und Altenhilfe beim Caritasverband für die Diözese Mainz e. V.



**Dr. phil. Holger Seibert**  
**Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)  
 Berlin-Brandenburg, Friedrichstraße 34, 10969 Berlin**

1993–2000 Studium der Soziologie und Anglistik/Amerikanistik an der Universität Rostock und der University of Aberdeen (Scotland). 2000–2004 Promotion am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung Berlin (Forschungsbereich Bildung, Arbeit und gesellschaftliche Entwicklung) und 2004 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung Berlin. Seit 2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter im IAB Berlin-Brandenburg.



**Kathrin Seibert**  
**Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),**  
**Grazer Straße 4, 28359 Bremen**

B. A. Pflegewissenschaft, Schwerpunkt Klinische Pflegeexpertise, Krankenschwester. Projektmitarbeiterin am IPP der Universität Bremen, Abteilung 3 Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung, EBN-Trainerin, Dozentin in Pflege Aus- und Weiterbildung. Beteiligt an mehreren Forschungsprojekten zu Einfluss und Auswirkungen des Care-Mix in der stationären Langzeitpflege (u. a. StaVaCare-Pilot) sowie an der modellhaften Implementierung des Expertenstandards nach § 113a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“. Stipendiatin der Stiftung Begabtenförderung Berufliche Bildung (SBB).



**Susanne Sollmann**  
**Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),**  
**Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

Studium der Anglistik und Kunsterziehung an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und am Goldsmiths College, University of London. 1986–1988 wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Informatik der Universität Bonn. Seit 1989 Mitarbeiterin des WIdO u. a im Projekt Krankenhausbetriebsvergleich und im Forschungsbereich Krankenhaus. Verantwortlich für Lektorat und Redaktion des Pflege-Reports.



**Susanne Stiefler**  
**Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),**  
**Grazer Straße 4, 28359 Bremen**

M. A. Public Health/Pflegewissenschaft Schwerpunkt Präventionsforschung und Gesundheitsförderung, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen, Abteilung 3 Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung. Lehrtätigkeit in pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Bachelor- und Masterstudiengängen. Mitarbeit u. a. in der Care-Mix Forschung (StaVaCare-Pilot) und als Projektkoordinatorin der „Untersuchung der gesundheitlichen Versorgungssituation älterer Menschen im Bundesland Bremen“. Laufendes Promotionsvorhaben zu Möglichkeiten der Optimierung der Datenqualität von Pflegedokumentationen in der stationären Langzeitpflege.



Copyright der Fotografin,  
Laurence Chaperon

**Dr. med. Ralf Suhr**  
**Zentrum für Qualität in der Pflege, Reinhardstraße 45,**  
**10117 Berlin**

Seit 2009 Vorstandsvorsitzender der von der PKV errichteten gemeinnützigen Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege. Forschungsschwerpunkte u. a. Qualität in der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Menschen, Be- und Entlastungsfaktoren pflegender Angehöriger, Patientensicherheit sowie Entstehungsbedingungen von Pflegebedürftigkeit und deren Vermeidung. Zuvor als Arzt in der Klinik sowie in der Alzheimer-Forschung tätig. Zudem in einer internationalen Strategieberatung als Experte für Gesundheits- und Pflege Themen mit der Weiterentwicklung medizinisch-pflegerischer Prozesse sowie der Restrukturierung von Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen betraut.



**Chrysanti Tsiasioti**  
**Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),**  
**Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

Diplomstudium der Volkswirtschaftslehre an der FU Berlin und Masterstudium Statistik an der Humboldt-Universität Berlin. Nach dem Studium als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) tätig. Danach Mitarbeit bei der Sparkassen Rating und Risikosysteme GmbH. Seit 2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin im WIdO.



**Doris Wiethölter**  
**Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)**  
**Berlin-Brandenburg, Friedrichstraße 34, 10969 Berlin**

Studium der Sozialwissenschaften an der Universität Hamburg und der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg (Dipl.-Sozialwiss.) sowie Aufbaustudium an der Deutschen Hochschule für Verwaltungswissenschaften Speyer (Mag. rer. publ.). Seit 1989 Mitarbeiterin der Bundesagentur für Arbeit und seit 2004 im IAB Berlin-Brandenburg.

# Sachverzeichnis

## A

- Akademisierung 37–46, 51–67, 84, 87, 112, 123–124, 263–264, 266
- Alltagsbegleiter 151, 156, 161, 164
- Alltagskompetenz 42, 129, 141, 145, 159–161, 191, 193, 237, 276–277, 280–286, 289, 294, 297, 301, 303, 305, 308, 310, 313, 315, 317, 322, 325–327
- Altenpflege 27, 37, 39–41, 43, 46–47, 53–54, 70, 78–80, 86–87, 91–92, 94–95, 99–101, 104–107, 116, 137, 153, 230–231, 246, 248–252, 255, 258–260, 263–267, 321, 324, 327
- Altenpflegegesetz 39–40, 69, 114, 116
- Angehörige, pflegende 5–6, 13–14, 63, 119, 135–136, 140, 149, 153, 158–160, 169–184, 189–219, 222–228, 235, 252, 276, 288, 291
- Arbeit
  - Bedingungen 38, 43, 47, 51, 61, 63–67, 79–81, 84–89, 123, 130, 153, 247, 259–260, 264–266
  - Migrantinnen 246, 250–251
  - Verdichtung 63, 75, 79, 156
  - Zufriedenheit 64, 89
- Arbeitnehmerfreizügigkeit 133, 249
- Ausbildungskapazitäten 64, 67, 260

## B

- Behandlungspflege 252, 286
- Belastungsfaktoren 73, 76–77, 83, 85
- Beruf
  - Ausstieg 75, 78, 81, 83, 86–89
  - Bildungsgesetz 39, 121
  - Ordnung 109, 117–119, 123, 233, 236, 238
  - Recht 158, 233, 236, 238, 241–242
- betreutes Wohnen 12, 183
- Betreuung, häusliche 129, 141
  - Assistent 155–156, 160–163, 323
  - Dienste 139, 141–144, 147–149, 181, 199
- Burnout 79, 83–85, 89

## C

- Care-Migrantinnen 128, 134, 136–138
- Case Management 6, 57, 151–160, 163, 166–167, 183
- Coping(-Strategien) 172–173

## D

- Demenz 12, 59, 127, 139–140, 143, 171, 174–178, 180, 182, 184–186, 191, 198, 216, 219, 228, 281, 312, 327
  - Begleiter 151, 155, 160–161

## E

- Ehrenamt 6, 142, 149, 228
- Entgeltunterschiede 94–95, 100, 105
- Entlastungsangebote 160, 169, 178–180, 183, 210, 216
- Entlohnung 91–107, 110, 129, 133, 259, 264
- Ergotherapie 230, 275, 314, 317, 321, 327
- Essen auf Rädern 199
- EU-Entsendegesetz 134

## F

- Fachkräftegewinnung 252, 254, 260
- Fachkräftemangel 3–4, 11, 14, 38, 49, 63, 70, 75, 78, 110, 245, 263–265, 268
- Fachkraftquote 12, 234–235
- Familienpflegezeit(gesetz; FPfZG) 7, 217, 219–228
- Frauenerwerbsquote 5

## G

- Gesundheitsförderungsprogramme 6
- Gesundheitshelfer 151, 155, 159–160, 163–164
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ in 321, 327
- Gesundheits- und Krankenpfleger 9, 80, 116, 230–231, 248, 321, 327
- Grundpflege 141, 148, 160, 231, 252, 322

**H**

Hauptpflegepersonen 171, 190–191, 193, 195–196, 198, 202, 206, 209, 210, 286  
 Haushaltshilfen 129, 133, 135–137, 181, 185  
 Häusliche-Pflege-Skala (HPS) 173–174, 185, 190, 195–196, 198  
 Heilberufe 110, 233–234, 236, 241, 259  
 Heilmittel 314–318  
 Hilfe im Haushalt 199

**I**

Interessenvertretung 109–122

**K**

Kinderkrankenpflege 37, 39, 41, 54–55, 80  
 Krankenhausaufenthalt 198, 286, 303–304, 306, 326  
 Krankenpflegegesetz 39–40, 114, 121, 248  
 Kurzzeitpflege 6, 160, 179, 182, 198–200, 204, 206–207, 209, 276, 286, 289, 291–294, 319, 325

**L**

Langzeitpflege 11–12, 25, 56, 65, 75, 121, 229, 234–236, 240–243, 319  
 Live-in-Arrangements 127–136, 216  
 Lohnniveau 91, 96–97, 99, 104, 107

**M**

Migrationshintergrund 4, 171, 184

**N**

Nachbarschaftshilfe 14  
 Neues Begutachtungsassessment (NBA) 13, 140, 219, 276  
 NEXT-Studie 76, 78, 88  
 Notrufsystem 199

**P**

Patientenorientierung 151, 165  
 PEA-Status 284, 294, 303, 305, 309, 317, 326

**Personal**

– Ausstattung 142, 263–266  
 – Entwicklung 60, 67  
 – Planung 9, 12

**Pflege**

– Ausbildung, generalistische 37, 39, 43, 46–47, 49, 56, 80  
 – Beratung 15, 148, 152–153, 156, 166, 190, 199, 207, 216  
 – Berufsgesetz 45, 229, 235–237  
 – Dienste, ambulante 25, 129, 139, 142–144, 147–148, 181, 199, 209, 218, 231, 255, 321  
 – Einrichtung 100, 235, 239, 241, 255  
 – Heime 22, 25, 27, 29–30, 76, 78, 87, 155–156, 161, 229, 239, 284, 320–322, 327  
 – Helfer 59–61, 66, 253  
 – informelle 5, 7, 20, 22–23, 31, 33–34, 169, 189–215  
 – Infrastruktur 181, 275–276, 278, 319, 327  
 – Kammer 109–125  
 – Kassen 105–106, 122, 141, 147, 153, 160, 233, 235, 240, 286  
 – Personalmangel 51–53, 63, 65, 67  
 – Stärkungsgesetz (PSG) I 7, 11, 140, 147, 149, 267–268, 286–287, 289  
 – Stärkungsgesetz (PSG) II 34, 140, 148–149, 219, 263, 265, 267, 271  
 – Statistik 17, 27, 85, 117, 138, 161, 166, 186, 199, 230, 243, 272, 275, 277–278, 319, 323–324  
 – Studiengänge 44, 59  
 – Stufe 129, 159, 191, 193, 196, 198, 219, 267–277, 280–284, 286, 288, 294, 297, 301–302, 308–309, 315, 317, 325–327  
 – Stützpunkte 15, 152–153, 156, 180, 183, 186, 239  
 – Unterstützungsgeld 220–221, 223  
 – Versicherung 15, 17, 22, 45, 105, 122, 138–141, 148–149, 166, 180, 184, 186, 189–191, 196, 198–199, 207–210, 219, 233, 235, 243, 263–264, 267–272, 275–281, 286, 324  
 – Weiterentwicklungsgesetz 152–153, 276, 283, 286

– Zeitgesetz (PflegeZG) 217, 219–220  
 – Zusatzversicherung 269  
 Physiotherapie 230, 275, 314–315, 317,  
 321, 327  
 Polymedikation 275, 306–309, 326  
 PRISCUS-Liste 275, 306, 309, 311, 326,  
 328  
 Professionalisierung 4, 39, 48–49, 51,  
 62, 67, 84, 111–113, 124, 137, 149,  
 164

**Q**

Qualitätsmanagement 144

**R**

Rund-um-die-Uhr-Versorgung 181

**S**

Sachleistung 141, 149, 288, 309, 325  
 Schlaganfall-Lotsinnen 157–158  
 Skill-Mix 9, 84–85  
 Sorgearbeit 128, 130, 136–138, 151,  
 154, 165  
 Sozialleistungserbringungsrecht 233–  
 234  
 Sterbebegleitung 163, 220–221, 223

Survey of Health, Ageing and Retirement  
 in Europe (SHARE) 23, 34–35

**T**

Tages- und Nachtpflege 160, 179, 182,  
 190, 198–199, 203–204, 209, 276,  
 286, 289, 291, 293–294, 319, 325,  
 327  
 Telecare 14, 185  
 Telemedizin 14

**V**

Verhinderungspflege 190, 199–200, 204,  
 206–207, 209–210, 275–276, 286,  
 291, 293–294, 325

**Versorgung**

– Assistent/innen 151, 162, 165  
 – Mix 3–4, 6–14, 17, 264  
 – Qualität 9, 12, 43, 47, 51, 62, 66, 109,  
 123  
 – Strukturen 3, 11, 14–16

**W**

Weiterbildungsstandards 109, 114, 120,  
 123  
 Wohlfahrtstaatsprinzip 22

This page intentionally left blank

Die Zahl der Pflegebedürftigen nimmt in Deutschland weiter deutlich zu. Ihre Versorgung sicherzustellen ist eine zentrale gesellschaftliche Herausforderung der kommenden Jahrzehnte. Mit dem Schwerpunktthema »Die Pflegenden im Fokus« widmet sich der **Pflege-Report 2016** den Personen und Berufsgruppen, die den Versorgungsalltag der Pflegebedürftigen maßgeblich gestalten, und analysiert hierbei folgende Aspekte:

- Versorgungsmix in der Pflege: neue Aufgabenfelder und Tätigkeitsbereiche, Zusammenarbeit der Berufe
- Pflegeausbildung im Wandel: Stand der Akademisierung
- Attraktivität des Pflegeberufs: Entlohnung, Belastung und Interessenvertretung
- Potenziale international rekrutierter Fachkräfte
- Arbeitsbedingungen in der 24-Stunden-Pflege
- Betreuungsarbeit und Ehrenamt: neue Wege der Sorgearbeit vor Ort
- Pflegende Angehörige: Entlastungsangebote und ihre Bewertung
- Vereinbarkeit von Beruf und Pflege: Rahmenbedingungen und Bedarfslagen

Der **Datenteil** bildet deutschlandweit die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und die Inanspruchnahme verschiedener Pflegeformen und -leistungen ab. Die empirische Analyse bezieht sich auf die gesundheitliche Versorgung der Pflegebedürftigen – die ambulante ärztliche Versorgung, die Krankenhausversorgung sowie die Inanspruchnahme von Arznei- und Heilmitteln – und auf die Pflege-Infrastruktur.

