

A. Schwinger · A. Kuhlmei · S. Greß  
J. Klauber · K. Jacobs · S. Behrendt  
*Hrsg.*

# Pflege-Report 2024

Ankunft der Babyboomer:  
Herausforderungen für die Pflege

OPEN ACCESS

 Springer

# Pflege-Report 2024

Antje Schwinger · Adelheid Kuhlmei · Stefan Greß ·  
Jürgen Klauber · Klaus Jacobs · Susann Behrendt  
*Hrsg.*

# Pflege-Report 2024

Ankunft der Babyboomer: Welche Pflegestrukturen sind zu gestalten?

*Hrsg.*

Dr. rer. pol. Antje Schwinger  
Wissenschaftliches Institut der AOK  
Berlin, Deutschland

Jürgen Klauber  
Wissenschaftliches Institut der AOK  
Berlin, Deutschland

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmeiy  
Institut für Medizinische Soziologie und  
Rehabilitationswissenschaft der  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Berlin, Deutschland

Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs  
Wissenschaftliches Institut der AOK  
Berlin, Deutschland  
Berlin, Deutschland

Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß  
Fachbereich Pflege & Gesundheit  
Hochschule Fulda  
Fulda, Deutschland

Susann Behrendt  
Wissenschaftliches Institut der AOK  
Berlin, Deutschland



ISBN 978-3-662-70188-1

ISBN 978-3-662-70189-8 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-70189-8>

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

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en) 2024. Dieses Buch ist eine Open-Access-Publikation.

**Open Access** Dieses Buch wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz ([▶ http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de)) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor\*in(nen) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Buch enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des/der betreffenden Rechteinhaber\*in einzuholen.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jede Person benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des/der jeweiligen Zeicheninhaber\*in sind zu beachten.

Der Verlag, die Autor\*innen und die Herausgeber\*innen gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autor\*innen oder die Herausgeber\*innen übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung: Fritz Kraemer

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Wenn Sie dieses Produkt entsorgen, geben Sie das Papier bitte zum Recycling.

## Vorwort und Einführung

---

Ende Mai 2024 versetzte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach die Pflegefachwelt in Erstaunen. In einem Zeitungsinterview erklärte er, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in den letzten Jahren „geradezu explosionsartig“ gestiegen sei, allein im Jahr 2023 um mehr als 360.000 Personen statt demographisch erwartbarer 50.000. Auch wenn er sich den Anstieg noch nicht genau erklären könne, gehe er davon aus, dass dies nicht zuletzt an der Babyboomer-Generation liege, die zunehmend von Pflegebedürftigkeit betroffen sei. Daraufhin rieb sich die Fachwelt verwundert die Augen, denn schon seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 liegt der Zuwachs an pflegebedürftigen Menschen in jedem Jahr bei durchschnittlich 326.000 Personen und somit weit über dem rein demographisch erwartbaren Umfang in der Größenordnung der genannten rund 50.000.

Ungläubigkeit herrschte aber auch im Hinblick auf Karl Lauterbachs Begründung für diese Entwicklung, denn zur Babyboomer-Generation werden gewöhnlich die Geburtsjahrgänge von Mitte der 1950er bis Ende der 1960er Jahre gerechnet, die das „normale“ Pflegebedürftigkeits-Alter zumindest bis heute noch nicht erreicht haben. Folgt man dem Statistischen Bundesamt, das in seiner Zweimonatszeitschrift „Wirtschaft und Statistik“ (Heft 1/2024) die Geburtsjahrgänge 1957 bis 1968 zu den Babyboomern zählt, waren diese im Jahr 2023 somit zwischen 55 und 66 Jahre alt. Altersassoziierte Pflegebedürftigkeit setzt in der Regel aber erst rund 20 Jahre später ein, wie auch im Schlusskapitel dieses Pflege-Reports nachgelesen werden kann.

Gleichwohl: auch wenn die „Ankunft der Babyboomer“ somit nicht in den von Karl Lauterbach gewählten Kontext zur Erklärung der aktuellen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit passte, schadet es keineswegs, mit aller Deutlichkeit auf die hiermit verbundenen Folgen für die Pflegeversorgung hinzuweisen. Diese haben nämlich in der Tat zum Teil schon begonnen. Das gilt zwar noch nicht in Bezug auf den mit den Babyboomern verbundenen Anstieg der Anzahl an Pflegebedürftigen, wohl aber im Hinblick auf die Gruppe der Pflegenden, denn die ersten Babyboomer befinden sich inzwischen bereits in Rente. Das verschärft tendenziell noch einmal die ohnehin angespannte Lage auf dem Arbeitsmarkt der professionell Pflegenden, könnte zugleich aber auch das Potenzial der pflegenden Zu- und Angehörigen im frühen Rentenalter ein wenig erhöhen.

In jedem Fall ist Eile geboten, denn das Zeitfenster für eine proaktive Politik zur Gestaltung der Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Pflegeversorgung und ihre Finanzierung wird immer kleiner. Doch was ist im Einzelnen zu tun? Bei der Beantwortung dieser Frage hilft ein Blick auf die Themen der bisherigen Pflege-Reporte. Der vorliegende Pflege-Report 2024 ist insoweit ein kleines Jubiläum, als es sich mittlerweile bereits um die zehnte Ausgabe dieser Publikationsreihe handelt, die zunächst von 2015 bis 2017 dreimal im Schattauer Verlag und seit 2018 nunmehr zum siebenten Mal bei Springer erscheint, dort gleichzeitig auch im Open Access.

Insoweit ist ein Rückblick auf die Schwerpunktthemen der vergangenen neun Pflege-Reporte zugleich auch eine Art pflegepolitischer Standortbestimmung. Dabei ging es – und geht es weiterhin – im Einzelnen um die Themenblöcke der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Pflegebedürftigen, um die Qualität der Versorgung, um die Verbesserung der Situation der formell und informell Pflegenden und schließlich um die sachgerechte Finanzierung des Ganzen.

Entsprechend ist auch dieser Pflege-Report inhaltlich gegliedert, wobei zwei der genannten Themenbereiche dieses Mal bewusst ausgespart bleiben: die Qualität der Pflegeversorgung, der gerade erst umfassend der letzte Pflege-Report 2023 gewidmet war (und bereits zuvor der Pflege-Report 2018), und die Finanzierung. Letzteres aus zwei Gründen: So hat die Bundesregierung der Ampel-Koalition angekündigt, im Herbst 2024 eine umfassende Reform vorzulegen, was mit dem Erscheinungstermin dieses Buches kollidieren würde. Und selbst wenn dies nicht geschieht: Im Grunde ist aus wissenschaftlicher Sicht praktisch alles gesagt und geschrieben, was mögliche Zukunftsszenarien der Pflegefinanzierung und ihre jeweiligen Vor- und Nachteile angeht, zuletzt etwa auch im Pflege-Report 2020. Jetzt ist in dieser Angelegenheit in der Tat die Politik am Zug.

Somit verbleiben drei pflegepolitisch hochrelevante Themenbereiche, denen dieser zehnte Pflege-Report gewidmet ist und für die kompetente Autorinnen und Autoren gewonnen werden konnten: die Versorgungsstrukturen und ihre Steuerung, die Arbeitsbedingungen und Weiterentwicklung des Pflegeberufs sowie die Situation pflegender An- und Zugehöriger.

## Versorgungsstrukturen und ihre Steuerung

---

Angesichts immer angespannterer Rahmenbedingungen für die Pflegeversorgung ist die Schaffung einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur eine besonders dringliche Aufgabe. Dazu bedarf es einer umfassenden, systematischen Pflegeinfrastrukturplanung auf kommunaler Ebene. Vor diesem Hintergrund prüfen *Susann Behrendt*, *Chrysanthi Tsiasioti* und *Antje Schwinger* in ihrem Beitrag das diesbezügliche Potenzial von Abrechnungsinformationen der Kranken- und Pflegekassen. Mit Hilfe einer Regressionsanalyse von AOK-Routinedaten können sie dabei neben rein demographischen Veränderungen auch Pflegeschwere und Demenz, das Vorhandensein einer Pflegeperson sowie raumstrukturelle Aspekte als relevante Faktoren zur Erklärung von regionalen Unterschieden in der Pflegeprävalenz identifizieren. Somit stehen routinemäßig und aufwandsarm verfügbare Datengrundlagen für die regionale Pflegeinfrastrukturplanung zu Verfügung, wobei gleichwohl auf weiteren Forschungsbedarf verwiesen wird.

„Caring Communities“ lautet der Schlüsselbegriff im Beitrag von *Irmelind Kirchner*. Er steht für das funktionierende Zusammenspiel aller Beteiligten vor Ort für Aufgaben zur Unterstützung und Pflege der wachsenden Zahl von Menschen, die hierauf angewiesen sind. Dabei kommt den Kommunen eine zentrale Rolle zu, die über rein pflegebezogene Fragen hinausreicht. Die Rahmenbedingungen hierfür, die vor allem durch die jeweilige Landesgesetzgebung bestimmt werden, weisen große Unterschiede aus. Der Beitrag prüft die Verzahnung einer obligatorischen Pflegestrukturplanung vor Ort mit den Zulassungsregelungen der Pflegeversicherung sowie den möglichen Beitrag einer integrierten Sozialplanung für eine erfolgreiche Quartiersentwicklung.

Die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Pflegestrukturplanung auf kommunaler Ebene gelingen kann, ist die Aufgabe eines Kooperationsprojekts in Bayern, das in dem Beitrag von *Aiske Ihnken*, *Julia Lenhart*, *Valerie Leuken*, *Julia Meier*, *Sabrina Übel* und *Annette Weiß* vorgestellt wird. Dabei geht es sowohl um die fachlichen Voraussetzungen der an der Planung Beteiligten als auch um die für die Planung erforderlichen Datengrundlagen. Der Beitrag gibt einen Überblick über Entstehung, Organisation und Umsetzung des Projekts, stellt dessen Arbeitsschritte und bisherigen Ergebnisse vor und zeigt die spezifischen Herausforderungen auf.

Auch in dem Beitrag von *Thomas Klie* und *Andreas Büscher* geht es um verbesserte Voraussetzungen für die Sicherstellung der ambulanten Pflegeversorgung vor Ort. Trotz bestehender Kompetenzdefizite von Kommunen und Pflegekassen gibt es sehr wohl bereits heute Handlungsoptionen, wie die bestehenden großen Unterschiede in der Versorgungsrealität zeigen. Entsprechende Kompetenzen gilt es lokal und kommunal gezielt auszubauen. In dem Beitrag wird geprüft, inwieweit Erfahrungen aus dem Modell der Sozialstationen für die Entwicklung erfolgsversprechender Zukunftsmodelle genutzt werden können.

Wachsende Bedeutung für die Bewältigung des Unterstützungs- und Pflegebedarfs wird neuen Wohn- und Versorgungsformen zugeschrieben, die oftmals nicht in die starre Sektorentrennung ambulant/stationär passen. *Martin Schölkopf* geht in seinem Beitrag der Frage nach, welche Potenziale neue Wohn- und Versorgungsangebote zwischen der Versorgung zu Hause und im Heim haben, welche Maßnahmen der Gesetzgeber hierfür in der Vergangenheit bereits auf den Weg gebracht hat und welche Möglichkeiten es geben könnte, im Pflegeversicherungsrecht weitere Impulse zu setzen, um entsprechende Angebote zu fördern.

Aber selbst wenn die Förderung neuer Wohn- und Versorgungsformen an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Pflege gelingt, wird dies nach Einschätzung von *Simone Leiber* nicht verhindern, dass das Erfordernis funktionaler Bedingungen für die „24-Stunden-Pflege“ obsolet wird. Vielmehr verweist sie in ihrem Beitrag auf die Dringlichkeit, solche Bedingungen verlässlich zu schaffen, um Familien und Arbeitskräfte nicht allein zu lassen. Konkret werden vier Handlungsoptionen für die Zukunft aufgezeigt, wobei empfohlen wird, Live-in-Pflegearrangements ausschließlich im Angestelltenverhältnis weiterzudenken.

Einen Paradigmenwechsel in der Pflege weg von der dominierenden Versorgung von Defiziten hin zu mehr Prävention fordern *Adelheid Kuhlmeier* und *Andrea Budnick*. Wie sie in ihrem Beitrag betonen, gilt dies auch und erst recht noch im hohen Lebensalter und bei bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit. So können gezieltes Training von körperlicher Mobilität und geistiger Leistungsfähigkeit, soziale Teilhabe und Vermeidung von Einsamkeit sowie gesunde Ernährung einen maßgeblichen Beitrag zum Erhalt von Selbstständigkeit leisten. Deshalb muss es künftig sehr viel stärker darum gehen, die vorhandenen physischen, psychischen und sozialen Ressourcen altwerdender Menschen zu stärken.

## Arbeitsbedingungen und Weiterentwicklung des Pflegeberufs

---

Wie kann der Arbeitsplatz Pflege attraktiver gestaltet werden, um beruflich Pflegende zu gewinnen, im Beruf zu halten und zur Rückkehr in den Beruf zu bringen? *Grit Braeseke* berichtet in ihrem Beitrag über die Ergebnisse eines (Teil-)Projekts, das im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) durchgeführt wurde. Dabei stand die Entwicklung und der Einsatz von Indikatoren im Blickpunkt, die für Pflegekräfte bei der Beurteilung ihrer Arbeitsplätze besonders wichtig sind. Am wichtigsten wurden Wertschätzung und Unterstützung im Arbeitsalltag empfunden, gefolgt von mehr Zeit für die Pflege und menschlicher Zuwendung sowie an dritter Stelle die Themen Arbeitsklima, Konflikte im Team und Work-Life-Balance und Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung.

Das Ziel der Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften steht auch im Blickpunkt des Beitrags von *Thomas Lennefer*, *Michael Drupp*, *Werner Mall*, *Dirk Lehr*

und *Antje Ducki*. Darin geht es um die Rolle der Betrieblichen Gesundheitsförderung am Beispiel des Care4Care-Projekts. Dieses Programm umfasst eine Vielzahl von Analyseinstrumenten sowie Angebote mit einem hohen digitalen Anteil zu Themen wie dem Umgang mit Schlafproblemen im Schichtdienst, der Organisationskultur und gesunder Führung und wirkt sich nachgewiesenermaßen positiv auf die Gesundheit von Pflegekräften aus. Weiterer Untersuchungsbedarf wird neben der Überprüfung der Wirksamkeit entsprechender Maßnahmen noch in Bezug auf das Nutzungsverhalten gesehen, um die Durchdringung der Einrichtungen zu erhöhen.

Ein anderer Ansatzpunkt, die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen, liegt in der bereits in den 1990er Jahren begonnenen Akademisierung, einhergehend mit einer Ausweitung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen. *Sandra Strube-Lahmann*, *Steffen Dißmann* und *Christine Vogler* blicken in ihrem Beitrag auf beide Aspekte dieser Entwicklung: die bisherige Gesetzgebung zur Schaffung attraktiverer Studienbedingungen sowie den Kompetenzzuwachs von Pflegefachkräften, dessen Grundlage mit dem Pflegekompetenzgesetz geschaffen werden soll. Dabei geht es etwa um Berufsbilder wie *Advanced Nurse Practitioner* und *Health Community Nurse*, die einen wichtigen Beitrag zur eigenständigen Profilentwicklung und Emanzipation des Pflegeberufs leisten können und letztlich einen positiven Einfluss auf die Versorgungsqualität und Patientensicherheit erwarten lassen.

Auch wenn die Attraktivität des Pflegeberufs nicht allein von der Entlohnung abhängt, spielt diese gewiss keine unwesentliche Rolle. Vor diesem Hintergrund ist der Beitrag von *Julia Lenzen* und *Michaela Evans-Borchers* von Bedeutung, die Befunde einer Wirkungsanalyse der gesetzlichen Neuregelungen zur tarifgerechten Entlohnung in der Altenpflege präsentieren. Dabei wird im Untersuchungsland Nordrhein-Westfalen vor allem die Option der Tariforientierung gewählt, die systematisch zu höheren Lohnsteigerungen führt als die in anderen Regionen oftmals präferierte Option des Pflege Mindestlohns. Hierdurch kommt es zu unterschiedlichen regionalen Entwicklungspfaden, die auf Grenzen der gesetzlichen Neuregelungen verweisen.

Im Hinblick auf die Zukunft des Arbeitsmarkts Pflege darf ein Blick auf das Potenzial ausländischer Pflegekräfte nicht fehlen, wie ihn *Lisa Pepler* in ihrem Beitrag vornimmt. Dabei ist ein wichtiger Aspekt, dass die forcierte Zuwanderung von Pflegefachkräften aus dem Ausland eine Reihe spezifischer Herausforderungen für Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte mit sich bringt. So treten etwa beim Verständnis von pflegerischen Tätigkeitsprofilen und Verantwortungsbereichen Unterschiede zutage, die adressiert werden müssen. In der Folge hat die Zuwanderung internationaler Pflegekräfte neben der quantitativen auch eine qualitative Bedeutung, die zu einer Aufwertung des Pflegeberufs führt.

In einem Abschnitt zur Zukunft der Pflegeberufe und ihrer Arbeitsbedingungen darf ein Beitrag zur Rolle von Digitalisierung in der Pflegeversorgung nicht fehlen. *Nils Lahmann*, *Martin Hocquel-Hans* und *Sandra Strube-Lahmann* geben einen Überblick über aktuelle digitale Technologien in der Pflege und ihre Auswirkungen auf Pflegeprozesse. Die betrachteten Technologien, wie u. a. Sensorik, Robotik oder Künstliche Intelligenz zur Spracherkennung und Anwenderinteraktion, können zu einer individualisierten und bedarfsgerechten Versorgung sowie zur Entlastung des Pflegepersonals beitragen. Zur Ausschöpfung der hierin liegenden Potenziale sind jedoch neue Kompetenzen des Pflegefachpersonals und eine Anpassung der Pflegeprozesse erforderlich.

## Situation pflegender An- und Zugehöriger

---

Weil der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit durch meist weibliche Angehörige gepflegt wird, verbinden sich mit den sich ändernden demographischen Rahmenbedingungen erhöhte Anforderungen an die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, die im Blickpunkt des Beitrags von *Tanja Kavur* und *Adelheid Kuhlmei* stehen. Hierfür gibt es seit 2015 einen unabhängigen Beirat, der dringenden Handlungsbedarf sieht und in seinem letzten Gutachten ein konkretes Modell zur Familienpflegezeit und zur steuerfinanzierten Lohnersatzleistung Familienpflegegeld vorgestellt hat. Zudem plädiert der Beirat für den flächendeckenden Ausbau der professionellen Pflegeinfrastruktur sowie eine bessere Anpassung der gesetzlichen Maßnahmen an die Situation besonders vulnerabler Gruppen, wie etwa von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen und ihren Angehörigen.

Dass es ganz überwiegend weibliche An- und Zugehörige sind, die ambulante Pflegearbeit leisten, wird auch als Gender Care Gap bezeichnet. In dem Beitrag von *Andrea Budnick* geht es um dessen Ursachen sowie um Maßnahmen, um sein Ausmaß zu reduzieren. Eine Vielzahl von individuellen, aber auch gesellschaftlichen Determinanten führen zum Gender Care Gap – von emotionaler Zuneigung über persönlich-moralische Gründe bis zu wohlfahrtsstaatlichen und kulturellen Faktoren. Dabei gibt es große Unterschiede innerhalb Europas. Deutschland nimmt hier einen Mittelplatz ein mit einer mehr als doppelt so hohen Beteiligung von Frauen an der häuslichen Pflege gegenüber Männern; deren Beteiligung ist vergleichsweise am größten in der Schweiz und in Schweden.

Die Bedeutung der Wohnsituation Pflegebedürftiger aus der Sicht der sie pflegenden Angehörigen steht im Mittelpunkt des Beitrags von *Simon Eggert*, *Ralf Suhr* und *Christi-an Teubner*. Sie berichten über die Ergebnisse einer Befragung des Zentrums für Qualität in der Pflege unter Angehörigen. Dabei gibt es nach der Einschätzung von rund der Hälfte der Befragten spürbare Barrieren in der Wohnsituation mit negativen Auswirkungen auf die Versorgung und die soziale Teilhabe der Gepflegten. Aber nicht nur die Wohnsituation, sondern auch ihr Umfeld werden vielfach kritisch beurteilt. Diese Ergebnisse unterstreichen den präventiven Stellenwert von pflegegerechtem Wohnraum und einem entsprechenden Umfeld zur Vermeidung von stationärer Langzeitpflege.

Eine zentrale Rolle zur Unterstützung pflegender An- und Zugehöriger spielt das Pflegegeld als dominante Leistungsform der Pflegeversicherung. Dennoch ist seine Verwendung nur wenig erforscht. *Andreas Büscher* und *Thomas Klie* versuchen in ihrem Beitrag, diese Wissenslücke zu reduzieren, indem sie auf unterschiedliche Quellen zurückgreifen: nationale und internationale Literatur, aktuelle Bevölkerungsumfragen sowie die Auswertung von Routinedaten der Pflegeversicherung. Dies ermöglicht einen Einblick in die leistungsrechtlichen Kontexte der Nutzung des Pflegegeldes, aber auch über die Einbeziehung ambulanter Dienste in häusliche Pflegearrangements. Abgeleitet wird neben weiteren Forschungsfragen auch politischer Handlungsbedarf.

Je nach Dauer und Intensität der Pflege geraten pflegende Angehörige vielfach an Belastungsgrenzen und sind im Interesse ihrer eigenen Lebensqualität und Gesundheit auf Entlastung angewiesen. Wie dies im Rahmen gemeinschaftlicher Selbsthilfe als Form des bürgerschaftlichen Engagements geschehen kann, steht im Blickpunkt des Beitrags von *Anja Schödwell*. Speziell geht es darin um die Umsetzung der pflegebezogenen Selbst-

hilfeförderung als Leistung der Pflegeversicherung gemäß § 45d SGB XI. Dabei wird erheblicher Nachholbedarf im Abruf der Fördermittel durch die Länder und Kommunen deutlich, der auf Weiterentwicklungsbedarf dieser Fördermöglichkeit schließen lässt.

## Daten und Analysen

---

Wie in jedem Pflege-Report wird der Abschluss durch einen ausführlichen empirischen Beitrag zur Situation der Pflegebedürftigen in Deutschland gebildet. Basierend auf GKV-standardisierten AOK-Daten zeigen *Sören Matzk, Chrysanthi Tsiasioti, Susann Behrendt, Kathrin Jürchott, Felipe Argüello Guerra* und *Antje Schwinger* Prävalenz, Verläufe und Versorgungsformen der Pflege auf und stellen ausgewählte Kennzahlen zur Gesundheitsversorgung der Pflegebedürftigen vor: die Inanspruchnahme von ambulant-ärztlichen und stationären Leistungen, Polymedikation sowie Verordnungen von Wirkstoffen der PRISCUS-Liste und von Psychopharmaka. Es erfolgt ein Vergleich mit gleichaltrigen Versicherten ohne Pflegebedürftigkeit sowie eine Differenzierung nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und dem Versorgungssetting.

Der Kreis der Herausgebenden des diesjährigen Pflege-Reports hat sich gegenüber dem Vorjahr um Susann Behrendt erweitert, die im September 2024 die Leitung des Forschungsbereichs Pflege im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) übernommen hat. Der Grund hierfür ist der zum selben Zeitpunkt erfolgte Wechsel von Antje Schwinger zum GKV-Spitzenverband als Abteilungsleiterin Pflege.

Wie immer gilt der abschließende Dank der Herausgebenden allen, die das Erscheinen dieser Publikation möglich gemacht haben. Das betrifft in erster Linie die Autorinnen und Autoren für die Überlassung ihrer Beiträge sowie die kollegiale Zusammenarbeit. Wir danken überdies allen beteiligten Mitarbeitenden im WiDO für ihr Engagement bei der Fertigstellung des Pflege-Reports, insbesondere Susanne Sollmann für die redaktionelle Betreuung. Dem bewährten Team des Springer-Verlags danken wir für die gewohnt professionelle verlegerische Betreuung.

**Antje Schwinger**  
**Adelheid Kuhlmei**  
**Stefan Greß**  
**Jürgen Klauber**  
**Klaus Jacobs**  
**Susann Behrendt**  
Berlin und Fulda  
September 2024

# Inhaltsverzeichnis

---

## I Versorgungsstrukturen und deren Steuerung

1	<b>Pflegeprävalenzen und Inanspruchnahme in der räumlichen Verortung</b> .	3
	<i>Susann Behrendt, Chysanthi Tsiasioti und Antje Schwinger</i>	
1.1	<b>Einführung</b> .....	5
1.1.1	Hintergrund .....	5
1.1.2	Exkurs: Pflegebedarfsplanung und Determinanten des Pflegebedarfs .....	6
1.1.3	Datengrundlagen und Methodik .....	7
1.2	<b>Pflegeprävalenzen und deren Entwicklung</b> .....	8
1.3	<b>Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung</b> .....	12
1.3.1	Regionale Varianz der Inanspruchnahme .....	12
1.3.2	Exemplarische Analyse zu den Hintergründen der regionalen Varianz der Inanspruchnahme .....	17
1.4	<b>Diskussion und Ausblick</b> .....	21
	Anhang .....	22
	Literatur .....	23
2	<b>Caring Communities: Vision und Handlungsbedarfe</b> .....	27
	<i>Irmelind Kirchner</i>	
2.1	<b>Einführung</b> .....	29
2.1.1	Zum Hintergrund der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung und den Herausforderungen der demographischen Entwicklung .....	29
2.1.2	Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege .....	30
2.1.3	Siebter Altenbericht „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune“ und weitere Berichte als Grundlage für Caring Communities .....	31
2.2	<b>Regionale Verortung von Angebotsentwicklung und -steuerung</b> .....	31
2.2.1	Status quo der länderindividuellen Regelungen zu Pflegestrukturplanung .....	31
2.2.2	Marktprinzip und Kontrahierungszwang .....	34
2.3	<b>Sozialraumentwicklung und Quartiersentwicklung</b> .....	35
2.4	<b>Ansätze einer gemeinsamen Steuerung der Sorgestruktur vor Ort</b> .....	36
2.4.1	Pflegeinfrastrukturplanung als Teil einer integrierten Sozialplanung .....	36
2.4.2	Weiterentwicklung der Pflegeinfrastrukturplanung hin zu einer Sorgestrukturplanung .....	36
2.4.3	Rechtlicher Änderungsbedarf zur Ermöglichung einer gemeinsamen Steuerung und zum Aufbau notwendiger Strukturen .....	38
2.5	<b>Weitere wichtige Ansätze zur Unterstützung und Selbstorganisation</b> .....	38
2.6	<b>Fazit</b> .....	39
	Literatur .....	40

3	<b>Pflegestrukturplanung in Bayern – Eine landesweite Initiative zur Unterstützung der Kommunen bei der Bedarfsermittlung und Planung in der Langzeitpflege</b> .....	43
	<i>Aiske Ihnken, Julia Lenhart, Valerie Leukert, Julia Meier, Sabrina Übel und Annette Weiß</i>	
3.1	<b>Hintergrund</b> .....	45
3.2	<b>Projekt Pflegestrukturplanung</b> .....	47
3.3	<b>Projektphase 1: Bayerische Handlungsleitlinie zur Bedarfsermittlung in der Langzeitpflege für Sozialplanende – aus der Praxis für die Praxis</b> .....	48
3.4	<b>Projektphase 2: Vorgehen zur Implementierung einer bayernweiten Pflegestrukturplanung</b> .....	50
3.4.1	Themenstrang 1: Bereitstellung der Datenbasis zur Pflegebedarfsermittlung .....	50
3.4.2	Themenstrang 2: Aufbau eines Netzwerks und Entwicklung von Bildungsangeboten zur Pflegestrukturplanung .....	51
3.5	<b>Herausforderungen in der Praxis</b> .....	54
3.6	<b>Fazit</b> .....	55
	Literatur .....	55
4	<b>Sicherstellung der ambulanten pflegerischen Versorgung – Steuerungsoptionen der Pflegekassen und Kommunen</b> .....	57
	<i>Thomas Klie und Andreas Büscher</i>	
4.1	<b>Einleitung</b> .....	59
4.2	<b>Konzeption der Pflegeversicherung</b> .....	59
4.2.1	Sicherstellungsauftrag .....	60
4.2.2	Kleinräumige Festlegung von Versorgungs- und Einzugsbereichen .....	61
4.2.3	Verantwortung für die (qualitative) Sicherstellung der Pflege .....	62
4.2.4	Kontrahierungszwang und Wettbewerbsorientierung: Limitationen der Steuerungsoptionen .....	63
4.3	<b>Steuerungsoptionen für die Kommunen</b> .....	64
4.3.1	Rolle der Kommunen .....	64
4.3.2	Unterschiede und ihre Hintergründe .....	65
4.3.3	Interventionsoptionen auf kommunaler Ebene .....	70
4.4	<b>Modell Sozialstation revisited?</b> .....	71
4.5	<b>Ausblick</b> .....	73
	Literatur .....	74
5	<b>Neue Wohnformen in der Langzeitpflege – Entwicklung und Berücksichtigung im SGB XI</b> .....	77
	<i>Martin Schölkopf</i>	
5.1	<b>Einleitung</b> .....	78
5.2	<b>Betreutes Wohnen, ambulant betreute Wohngruppen und „Stapellösungen“</b> .....	79
5.2.1	Die Entwicklung der neuen Wohnformen .....	79
5.2.2	Gesetzliche Regelungen zur Unterstützung neuer Wohnformen .....	80
5.2.3	Zur Verbreitung neuer Wohnformen in der Langzeitpflege .....	81
5.2.4	Offene Fragen: Qualität, Versorgungssicherheit, Kosten .....	83
5.3	<b>Ausblick: neue Wohnform „stambulant“ im Recht des SGB XI?</b> .....	83
	Literatur .....	85

6	<b>Die Ankunft der Babyboomer: Was tun mit der „24-Stunden-Pflege“?</b> . . . .	87
	<i>Simone Leiber</i>	
6.1	<b>Einleitung: die Ankunft der Babyboomer und die „24-Stunden-Pflege“</b> . . . . .	88
6.2	<b>Was wissen wir über Live-in-Pflege- und Betreuungsarrangements in Deutschland?</b>	90
6.3	<b>Welche Gestaltungsoptionen werden diskutiert?</b> . . . . .	93
6.4	<b>Live-in Arrangements im Angestelltenverhältnis neu denken</b> . . . . .	95
	Literatur . . . . .	96
7	<b>Prävention in der Pflege gestalten: Pflegebedürftigkeit vermindern, Selbstständigkeit erhalten</b> . . . . .	99
	<i>Adelheid Kuhlmei und Andrea Budnick</i>	
7.1	<b>Einleitung</b> . . . . .	100
7.2	<b>Prävention in der Pflege – die Ausgangssituation</b> . . . . .	101
7.3	<b>Prävention in der Pflege – das Ziel</b> . . . . .	101
7.4	<b>Prävention in der Pflege – die wissenschaftliche Evidenz</b> . . . . .	102
7.5	<b>Prävention in der Pflege gestalten – das Fazit</b> . . . . .	105
	Literatur . . . . .	106
<b>II</b>	<b>Arbeitsbedingungen und Weiterentwicklung des Pflegeberufs</b>	
8	<b>Indikatoren guter Arbeitsplätze in der Pflege</b> . . . . .	111
	<i>Grit Braeseke</i>	
8.1	<b>Hintergrund und methodisches Vorgehen</b> . . . . .	112
8.2	<b>Begriffliche Erläuterungen</b> . . . . .	113
8.2.1	Begriffsbestimmung Arbeitgeberattraktivität . . . . .	113
8.2.2	Einflussfaktoren der Arbeitgeberattraktivität . . . . .	115
8.3	<b>Was kennzeichnet für Pflegekräfte ein gutes Arbeitsumfeld und wie kann es erreicht werden?</b> . . . . .	121
8.3.1	Indikatoren guter Arbeitsbedingungen in der Pflege . . . . .	121
8.3.2	Ergebnisse der praktischen Erprobung . . . . .	122
8.4	<b>Schlussfolgerungen</b> . . . . .	123
	Literatur . . . . .	124
9	<b>Pflege braucht Pflege: Wie Betriebliche Gesundheitsförderung dem Fachkräftemangel entgegenwirken kann</b> . . . . .	127
	<i>Thomas Lennefer, Michael Drupp, Werner Mall, Dirk Lehr und Antje Ducki</i>	
9.1	<b>Einleitung</b> . . . . .	128
9.1.1	Betriebliche Gesundheitsförderung . . . . .	129
9.1.2	Effektivität und Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung . . . . .	130
9.2	<b>Das Care4Care-Projekt</b> . . . . .	131
9.3	<b>Praktische Erfahrungen mit der Implementation von Care4Care</b> . . . . .	135
9.4	<b>Implikationen aus dem Care4Care-Projekt</b> . . . . .	137
9.5	<b>Fazit</b> . . . . .	138
	Literatur . . . . .	138

10	<b>Weiterentwicklung des Pflegeberufs: Chancen und Risiken der Akademisierung der Pflege</b> .....	141
	<i>Sandra Strube-Lahmann, Steffen Dißmann und Christine Vogler</i>	
10.1	<b>Einleitung</b> .....	143
10.2	<b>Wandel der Pflegeausbildung</b> .....	144
10.2.1	Erste Phase .....	145
10.2.2	Zweite Phase .....	145
10.2.3	Dritte Phase .....	146
10.3	<b>Pflegeberufereform</b> .....	146
10.3.1	Pflegeberufegesetz .....	146
10.3.2	Pflegeberufegesetz: Umsetzung .....	147
10.3.3	Pflegeberufegesetz: Chancen und Herausforderungen .....	148
10.3.4	Pflegestudiumstärkungsgesetz .....	149
10.3.5	Pflegestudiumstärkungsgesetz: Chancen und Herausforderungen .....	149
10.4	<b>Professionelle Berufsrollen von Pflegenden</b> .....	150
10.5	<b>Erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten</b> .....	151
10.5.1	Pflegekompetenzgesetz: Auswirkungen auf die Akademisierung der Pflege .....	152
10.5.2	Pflegestudiumstärkungsgesetz: Auswirkungen auf die Akademisierung der Pflege .....	153
10.6	<b>Ausblick – Implikationen für die Praxis</b> .....	154
	Literatur .....	156
11	<b>Flächendeckend „tarifgerecht“? Befunde und Implikationen der Neuregelungen zur tarifgerechten Entlohnung</b> .....	159
	<i>Julia Lenzen und Michaela Evans-Borchers</i>	
11.1	<b>Ausgangslage: Verbesserung der Entlohnung als Ziel</b> .....	160
11.2	<b>Befunde und Implikationen der Wirkungsanalyse für NRW</b> .....	161
11.3	<b>Limitationen der Lohnaufwertung als Attraktionsfaktor</b> .....	167
11.4	<b>Zusammenfassung und Ausblick</b> .....	169
	Literatur .....	170
12	<b>Zuwanderung und Anwerbung internationaler Pflegefachkräfte</b> .....	173
	<i>Lisa Pepler</i>	
12.1	<b>Zur Einführung</b> .....	175
12.2	<b>Das Anerkennungsverfahren: Öffnung des deutschen Arbeitsmarktes für internationale Pflegefachkräfte</b> .....	176
12.3	<b>Initiativen zur Anwerbung und Integration von internationalen Pflegefachkräften</b> .....	176
12.3.1	Triple Win: staatliche Anwerbebemühungen durch bilaterale Abkommen .....	176
12.3.2	Vermarktlichung der Pflegemigration durch private Vermittlungsagenturen .....	177
12.3.3	Das Gütezeichen „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ .....	177
12.4	<b>Herausforderungen für den beruflichen Alltag in der pflegerischen Versorgung</b> .....	177
12.4.1	Variierende Pflegeverständnisse und professionelle Tätigkeitsbereiche .....	178
12.4.2	Kommunikation im Arbeitsalltag .....	179
12.4.3	Kulturalisierung und Diskriminierung .....	180
12.4.4	Kulturelle Kompetenz und kultursensible Versorgung in der Pflege .....	180
12.4.5	Internationale Pflegefachkräfte: transnationale Lebenswelten .....	181
12.5	<b>Diskussion: Relevanz der Zuwanderung internationaler Pflegefachkräfte für die Lösung des Pflegekräftemangels in Deutschland</b> .....	181
	Literatur .....	182

13	<b>Digitalisierung in der Pflege</b> .....	185
	<i>Nils Lahmann, Martin Hocquel-Hans und Sandra Strube-Lahmann</i>	
13.1	<b>Einleitung</b> .....	187
13.1.1	Allgemeine Einführung in die Digitalisierung in verschiedenen Bereichen .....	187
13.1.2	Bedeutung der Digitalisierung in der Pflege .....	187
13.2	<b>Digitale Sensorik: Pflegedokumentationssysteme und telebasierte Versorgung zur Unterstützung der Kommunikation</b> .....	188
13.2.1	Definition von digitalen Dokumentationssystemen und Anwendungen in der Pflege (z. B. Überwachung der Vitalparameter, Bewegungsmelder) .....	188
13.2.2	Veränderungen des Pflegeprozesses .....	189
13.3	<b>Virtuelle Realität (VR) und Augmented Reality (AR)</b> .....	192
13.3.1	Definition und Unterschiede zwischen VR und AR und Anwendungen in der Pflege ...	192
13.3.2	Veränderungen des Pflegeprozesses durch den Einsatz von VR und AR .....	192
13.4	<b>Robotik zur individuellen Versorgung</b> .....	193
13.4.1	Definition und Beispiele von Robotik in der Pflege (z. B. Pflegeroboter, Assistenzsysteme)	193
13.4.2	Veränderungen des Pflegeprozesses durch den Einsatz von Robotik .....	194
13.5	<b>Künstliche Intelligenz</b> .....	195
13.5.1	Definition von KI und Beispiel zur Anwendung in der Pflege .....	195
13.5.2	Veränderungen des Pflegeprozesses durch den Einsatz von KI .....	195
13.6	<b>Schlussfolgerungen</b> .....	196
	Literatur .....	197

### III Situation pflegender An- und Zugehöriger

14	<b>Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Stand und Handlungsempfehlungen</b> .....	201
	<i>Tanja Kavur und Adelheid Kuhlmei</i>	
14.1	<b>Die Situation pflegender Angehöriger in Deutschland</b> .....	202
14.2	<b>Aktuelle gesetzliche Regelungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf</b> .....	204
14.2.1	Das Pflegezeitgesetz (PflegeZG) .....	206
14.2.2	Das Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) .....	206
14.3	<b>Die Empfehlungen des Beirats zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf</b> .....	207
14.3.1	Inhalt des zweiten Berichts .....	207
14.3.2	Empfehlung für eine Familienpflegezeit und ein Familienpflegegeld .....	208
14.3.3	Weitere Empfehlungen des Beirats .....	209
14.4	<b>Fazit</b> .....	209
	Literatur .....	210
15	<b>Gender Care Gap: Situation, Ursachen und Maßnahmen zur Verringerung</b> 213	
	<i>Andrea Budnick</i>	
15.1	<b>Pflegebedürftige Menschen und pflegende An- und Zugehörige: Motivation für die Übernahme von Pflege und Verteilung zwischen den Geschlechtern</b> .....	214
15.1.1	Motive der häuslichen Pflegeübernahme .....	215
15.1.2	Sorgepolitik: Deutschland und Schweden im Vergleich .....	218
15.2	<b>Welcher Maßnahmen bedürfte es, um den Gender Care Gap zu reduzieren?</b> .....	219
15.3	<b>Fazit</b> .....	221
	Literatur .....	221

16	<b>Wohnen mit Pflegebedürftigkeit: Ergebnisse zur Wohnsituation aus der ZQP-Befragung pflegender Angehöriger, Handlungsbedarf und Lösungsansätze</b> .....	223
	<i>Simon Eggert, Ralf Suhr und Christian Teubner</i>	
16.1	<b>Wohnen und Pflegebedürftigkeit</b> .....	224
16.2	<b>Die Wohnbedingungen pflegebedürftiger Menschen in Deutschland</b> .....	225
16.3	<b>Fazit</b> .....	230
	Literatur .....	232
17	<b>Pflegegeld und privat organisierte Pflegearrangements</b> .....	235
	<i>Andreas Büscher und Thomas Klie</i>	
17.1	<b>Einleitung</b> .....	236
17.2	<b>Pflegegeld in der nationalen und internationalen Literatur</b> .....	237
17.3	<b>Empirische Befunde zur Nutzung und Inanspruchnahme des Pflegegeldes in Deutschland</b> .....	240
17.4	<b>Abschlussbemerkungen</b> .....	249
	Literatur .....	251
18	<b>Bürgerschaftliches Engagement in der pflegebezogenen Selbsthilfe: aktueller Stand und Weiterentwicklungsbedarfe</b> .....	253
	<i>Anja Schödwel</i>	
18.1	<b>Einleitung</b> .....	254
18.2	<b>Bürgerschaftliches Engagement in Deutschland</b> .....	256
18.2.1	Engagement in der gemeinschaftlichen Selbsthilfe .....	257
18.2.2	Engagement in der pflegebezogenen Selbsthilfe .....	258
18.3	<b>Förderung der Pflegeselbsthilfe</b> .....	261
18.3.1	Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen .....	261
18.3.2	Aktueller Stand der Umsetzung .....	262
18.4	<b>Zusammenfassung und Fazit</b> .....	263
	Literatur .....	265

## IV Daten und Analysen

19	<b>Pflegebedürftigkeit in Deutschland</b> .....	269
	<i>Sören Matzk, Chysanthi Tsiasioti, Susann Behrendt, Kathrin Jürchott, Felipe Argüello Guerra und Antje Schwinger</i>	
19.1	<b>Datengrundlage und Methodik</b> .....	270
19.2	<b>Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit</b> .....	271
19.2.1	Prävalenz der Pflegebedürftigkeit .....	271
19.2.2	Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit .....	273
19.2.3	Ambulante Unterstützungs- und Entlastungsleistungen .....	277
19.3	<b>Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen</b> ..	284
19.3.1	Ambulante ärztliche Versorgung .....	284
19.3.2	Versorgung mit häuslicher Krankenpflege in der ambulanten Pflege .....	287
19.3.3	Stationäre Versorgung .....	289

19.3.4	Versorgung mit Arzneimitteln .....	292
19.3.5	Versorgung mit Heilmittelleistungen .....	298
	Literatur .....	304
	<b> Serviceteil</b> .....	305
	Die Autorinnen und Autoren .....	306
	Stichwortverzeichnis .....	323

# Versorgungsstrukturen und deren Steuerung

## Inhaltsverzeichnis

- Kapitel 1**     **Pflegeprävalenzen und Inanspruchnahme  
in der räumlichen Verortung – 3**  
*Susann Behrendt, Chysanthi Tsiasioti und  
Antje Schwinger*
- Kapitel 2**     **Caring Communities: Vision und  
Handlungsbedarfe – 27**  
*Irmelind Kirchner*
- Kapitel 3**     **Pflegestrukturplanung in Bayern –  
Eine landesweite Initiative zur Unterstützung  
der Kommunen bei der Bedarfsermittlung und  
Planung in der Langzeitpflege – 43**  
*Aiske Ihnken, Julia Lenhart, Valerie Leukert,  
Julia Meier, Sabrina Übel und Annette Weiß*
- Kapitel 4**     **Sicherstellung der ambulanten pflegerischen  
Versorgung – Steuerungsoptionen  
der Pflegekassen und Kommunen – 57**  
*Thomas Klie und Andreas Büscher*
- Kapitel 5**     **Neue Wohnformen in der Langzeitpflege –  
Entwicklung und Berücksichtigung im SGB XI – 77**  
*Martin Schölkopf*
- Kapitel 6**     **Die Ankunft der Babyboomer: Was tun  
mit der „24-Stunden-Pflege“? – 87**  
*Simone Leiber*

Kapitel 7	<b>Prävention in der Pflege gestalten: Pflegebedürftigkeit vermindern, Selbstständigkeit erhalten – 99</b> <i>Adelheid Kuhlmei und Andrea Budnick</i>
-----------	--



# Pflegeprävalenzen und Inanspruchnahme in der räumlichen Verortung

*Susann Behrendt, Chysanthi Tsiasioti und Antje Schwinger*

## Inhaltsverzeichnis

- 1.1 Einführung – 5**
  - 1.1.1 Hintergrund – 5
  - 1.1.2 Exkurs: Pflegebedarfsplanung und Determinanten des Pflegebedarfs – 6
  - 1.1.3 Datengrundlagen und Methodik – 7
- 1.2 Pflegeprävalenzen und deren Entwicklung – 8**
- 1.3 Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung – 12**
  - 1.3.1 Regionale Varianz der Inanspruchnahme – 12
  - 1.3.2 Exemplarische Analyse zu den Hintergründen der regionalen Varianz der Inanspruchnahme – 17
- 1.4 Diskussion und Ausblick – 21**
- Anhang – 22**
- Literatur – 23**

## ■ ■ Zusammenfassung

*Der demographische Wandel potenziert die Herausforderungen, Pflegebedürftige auf hohem Niveau angemessen zu versorgen, beträchtlich und damit auch die Bedeutung einer umfassenden, systematischen regionalen Pflegeinfrastrukturplanung. Bisher erfolgt diese Planung und deren Umsetzung regional sehr heterogen. Kritik erntet hierbei die mit Einführung der Pflegeversicherung entstandene Aufgaben- und Befugnisdiffusion zwischen Pflegekassen, Ländern und Kommunen. Gefordert wird stattdessen eine verbesserte gemeinsame infrastrukturelle Sicherstellungsplanung. Die Bereitstellung strukturell planungsrelevanter Informationen kann dabei als empirische Planungsgrundlage für die Kommune dienen und so durch regionale Transparenz maßgeblich die Pflegeinfrastrukturplanung in ihren Zielen unterstützen.*

*Der Beitrag beleuchtet Potenzial und Limitationen von Abrechnungsinformationen der Kranken- und Pflegekassen für die kommunale Pflegestrukturplanung. Auf Basis der AOK-Routinedaten zeigt die hier zentrale Analyse regionale Pflegeprävalenzen und deren Entwicklung. Basierend auf der These, dass Veränderungen und regionale Varianz der Inanspruchnahme vielfältige Ursachen haben und nicht allein durch die demographische Entwicklung bedingt sind, geht der Beitrag exemplarisch weiteren assoziierten Faktoren nach. Im Ergebnis einer Regressionsanalyse zeigen sich Pflegeschwere und Demenz, das Vorhandensein einer Pflegeperson und raumstrukturelle Aspekte als relevante Faktoren bei der Erklärung der Varianz. Unter Anerkennung der im Beitrag genannten Limitationen von Routinedaten besitzen diese bürokratiearm und regelhaft verfügbaren Versorgungsinformationen gleichwohl einen deutlichen Nutzen für eine regionale Pflegestrukturplanung. Forschungsbedarf besteht mit Blick darauf, ob und wie aufgrund der engen lebensweltlichen Verflechtung von Pflege eine empirisch-normative Bedarfsbemessung – denn schlussendlich*

*bedarf es einer solchen für die Planung – erreicht werden kann.*

*The demographic change considerably increases the challenges of providing adequate care for those in need of care at a high level, and thus also the importance of comprehensive, systematic regional care infrastructure planning. So far, this planning and its implementation has been very heterogeneous from region to region. The diffusion of tasks and powers between nursing care insurance funds, federal states and municipalities that arose with the introduction of nursing care insurance has been criticised. Instead, there are calls for an improved joint infrastructure planning. The provision of information relevant to structural planning can serve as an empirical planning basis for municipalities and thus significantly support the objectives of care infrastructure planning through regional transparency.*

*In this respect, the article highlights the potential and limitations of accounting information from health and long-term care insurance funds for municipal care infrastructure planning. On the basis of AOK routine data, the central analysis shows regional nursing prevalence and its development. Based on the thesis that changes and regional variances are not only driven by demographics, it examines further associated factors. In the results of a regression analysis, nursing severity and dementia, the presence of a carer and spatial-structural aspects are shown to be relevant factors in explaining the variance. While recognising the limitations of routine data, this information, which is available in a regular and non-bureaucratic manner, nevertheless has a clear benefit for regional care structure planning. There is a need for research with regard to whether and how an empirical-normative needs assessment – which is ultimately needed for planning – can be achieved based on the close interweaving of care in the everyday world.*

## 1.1 Einführung

### 1.1.1 Hintergrund

Die pflegerische Versorgung ist maßgeblich geprägt durch die Verzahnung von familiärer sowie nachbarschaftlich ehrenamtlicher und beruflicher Pflege. Auch knapp 30 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung pflegen weiterhin mehrheitlich die Partnerinnen und Partner oder die Kinder, bestenfalls mit Einbindung von Pflegediensten oder anderen Unterstützungs- und Entlastungsleistungen. Vor diesem Hintergrund, gepaart mit dem demographischen Wandel und dem sich weiter verschärfenden Fachkräftemangel, ist es umso wichtiger, nicht nur im beruflichen Sektor die Rahmenbedingungen der Pflege zu verbessern (► Kap. 8 und 11). Vielmehr gilt es im verstärkten Maße, ebenso die Ressourcen der Angehörigen durch eine verbesserte Vereinbarkeit von Familie und Beruf (► Kap. 14) und die Förderung des Ehrenamts (► Kap. 18) konkret in den Blick zu nehmen. Eine Herausforderung stellt dabei insbesondere die Vernetzung und Koordination der unterschiedlichen an diesen Maßnahmen beteiligten Akteure dar.

Die mit Einführung der Pflegeversicherung entstandene Aufgaben- und Befugnis-Diffusion zwischen Pflegekassen, Ländern und Kommunen ist vielfältig kritisch diskutiert (► Kap. 4; Igl 2021; Greß und Jacobs 2021; Pfundstein und Bemsch 2020). Aufgabe der Pflegekassen ist es, die pflegerische Versorgung ihrer Versicherten sicherzustellen (§ 12 Abs. 1 SGB XI). Sie sind demnach verpflichtet, durch Vertragsabschlüsse mit Leistungserbringenden für ein ausreichendes und den Qualitätsanforderungen entsprechendes Angebot (im Sinne der Leistungen nach SGB XI) zu sorgen. Den Ländern schreibt das SGB XI hingegen die Verantwortung für die Vorkhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen Pflegeinfrastruktur und einer entsprechenden Investitionsförderung zu (§ 9 SGB XI). Hervorzuheben ist, dass Letzteres den Ländern durch die Bundesgesetzgebung als Aufgabe nicht übertra-

gen werden kann (Die Bundesregierung 2024). Ebenso „programmatisch“ ist die Verzahnung der kommunalen Aufgaben in § 8 Abs. 2 SGB XI formuliert: Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Eine klare Aufgabenzuordnung für die Kommunen ergibt sich hieraus aber nicht (► Kap. 4; Igl 2021). Die Länder können zwar den Kommunen Vorgaben machen, die Handhabung ist aber sehr heterogen (siehe für eine Übersicht ► Kap. 2). Wie eine kleinräumige Abstimmung von pflegerischer, gesundheitlicher, präventiver sowie teilhabeorientierter Angebote sowie einer entsprechenden Beratung gelingen soll und bestenfalls gut mit der Infrastrukturentwicklung (Öffentlicher-Personennahverkehr, Sozial- und Wohnraumgestaltung etc.) verzahnt werden kann, bleibt insofern offen.

Spätestens im Jahr 2016 erreichte mit dem Siebten Altenbericht der Bundesregierung „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ die Thematik der (unzureichenden) Rolle der Kommunen bei der Gestaltung der pflegerischen Versorgung die öffentliche Diskussion (Deutscher Bundestag 2016). Seitdem hat sich einiges bewegt: Zwar scheiterte die Einführung von Modellvorhaben zur Übernahme der Pflegeberatung durch die Kommunen (§ 123 i. d. F. des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III), 2017; für Hintergründe siehe z. B. Pfundstein und Bemsch 2020; Igl 2021), dafür ermöglichte das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (2023) mit der Neufassung der § 123 und § 124 SGB XI „Gemeinsame Modellvorhaben zu Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort“. Hierbei inbegriffen ist die Bereitstellung eines Budgets für die Förderung innovativer Ansätze im Quartier, u. a. zur Verbesserung der Fachkräftesituation, den besseren Zugang und Ausbau von Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen, für die Stärkung der gesellschaftlichen Teilhabe und ehrenamt-

lichen Strukturen wie auch für eine integrierte Sozialplanung. Mit dem aktuellen Referentenentwurf des Pflegekompetenzgesetzes (PKG) sind weitere gesetzliche Anpassungen angekündigt: Schon bisher sollen zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung Landespflegeausschüsse (unter Mitwirkung der Pflegekassen) gebildet werden, welche u. a. Empfehlungen zur Pflegestrukturplanung abgeben können. Mit dem neuen § 72a SGB X wird vorgegeben, dass diese Empfehlungen bei Abschluss von Versorgungsverträgen durch die Pflegekassen zu beachten sind – wenngleich gänzlich offen ist, nach welchen Kriterien dies geschehen soll.

Ferner wird im Gesetzesentwurf die bisherige Informationspflicht der Kassen gegenüber den regionalen Partnern geschärft und § 12 in dem Sinne ergänzt: *„Die Pflegekassen evaluieren regelmäßig auf Basis der ihnen zur Verfügung stehenden Versorgungsdaten die Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation und informieren die an der Versorgung Beteiligten über ihre Erkenntnisse. Sie stellen den regionalen Gebietskörperschaften auf Anfrage zum Zwecke der kommunalen Pflegestrukturplanung regionale Versorgungsdaten zur Verfügung (...).“* Zu Umfang, Struktur, Turnus sowie möglichen Indikatoren sind Empfehlungen auf Bundesebene zu erarbeiten. Die Anpassungen unterstreichen, welche Bedeutung einer belastbaren empirischen Ausgangslage für eine zielgerechte Planung beigemessen wird. Bisher wurden die Planungen sehr heterogen umgesetzt.<sup>1</sup> Diese Perspektive findet sich ebenso im aktuellen Positionspapier „Eckpunkte zur Weiterentwicklung der Pflege“ des AOK-Bundesverbandes mit Blick auf eine verbesserte gemeinsame infrastrukturelle Sicherstellungsplanung (AOK-Bundesverband 2024).

Der vorliegende Beitrag widmet sich in diesem Sinne dem Potenzial und der Limitation von Abrechnungsdaten der Pflege im Kontext der kommunalen Pflegestrukturplanung. Nach einem kurzen Exkurs zu Determi-

nanten des Pflegebedarfs (► Abschn. 1.1.2) folgt die Erläuterung der Datengrundlage und methodischen Herangehensweise (► Abschn. 1.1.3). Zentrale deskriptive Ergebnisse sind die regionalen Pflegehäufigkeiten und deren Entwicklung (► Abschn. 1.2) sowie die regionale Variation der Inanspruchnahme der unterschiedlichen Unterstützungsleistungen (► Abschn. 1.3). Eine multivariate Analyse innerhalb dieses Abschnitts betrachtet mögliche Ansatzpunkte zur Erklärung der beobachteten regionalen Varianzen in der Inanspruchnahme von Pflegegeld sowie Sach- und Kombinationsleistungen. Der Beitrag schließt mit einer Diskussion der Frage, welche Herausforderungen sich für die zukünftige Pflegestrukturplanung ableiten lassen (► Abschn. 1.4).

### 1.1.2 Exkurs: Pflegebedarfsplanung und Determinanten des Pflegebedarfs

Voraussetzung für eine gelingende Pflegestrukturplanung sind Einblicke dahingehend, welche Determinanten Pflegebedarf und welche die Wahl spezifischer Leistungen erklären. Ohne Kenntnis der Determinanten reduziert sich die Planung auf die Fortschreibung bestehender Strukturen. Erst nach einer Analyse und Bewertung, welche Hintergründe mit z. B. einer hohen Pflegeheimquote einhergehen, kann eine Planung qualifiziert erfolgen. Wichtig ist: Unser Verständnis von „Pflegebedürftigkeit“ ist durch die sozialrechtliche Definition und die damit verbundene Anspruchsberechtigung überformt. Wenn über Pflegeprävalenzen gesprochen wird, meinen wir fast ausnahmslos eine sozialrechtliche Pflegebedürftigkeit und nicht eine im pflegewissenschaftlichen bzw. epidemiologischen Sinne. Dies ist insofern zentral, als sich die Determinanten von Pflege deshalb nicht allein auf Alter, Geschlecht und Morbidität beschränken können, sondern auch nachfragebezogene Aspekte in den Blick genommen werden müssen. Denn:

1 Für eine Übersicht siehe ► Kap. 2 und 3.

Pflegebedürftig im sozialrechtlichen – und hier referierten – Sinne wird man erst mit Antragstellung und positiver Prüfung, auch wenn der eigentliche Tatbestand bereits vorher erfüllt war. In Verbindung mit einer Pflegebedürftigkeit sind insofern epidemiologische, sozioökonomische und gesellschaftlich-normative und damit auch angebots- und nachfrageinduzierte Determinanten zu differenzieren (Schwinger et al. 2023).

Bei den epidemiologischen Kriterien wird in der Literatur – neben dem offensichtlichen Zusammenhang zwischen Alter und Pflegebedarf – grundsätzlich auf die multifaktorielle Genese einer solchen hingewiesen, verursacht durch chronische Erkrankungen oder Behinderungen. Ein weiteres wesentliches Merkmal ist das Vorliegen von demenziellen Erkrankungen (Blüher et al. 2021) und die insbesondere bei hochaltrigen Pflegebedürftigen auftretende Überlagerung von chronisch-degenerativen und demenziellen Erkrankungen (Hajek et al. 2017; Beekmann et al. 2012). Eine aktuelle Studie identifiziert neben den demenziellen Erkrankungen die Fragilität (R54) und Polyarthrose (M15) als häufigste pflegebegründende Diagnosen (Haeger et al. 2024). Aber auch kardiovaskuläre Erkrankungen (Hypertonie, Herzinsuffizienz, sonstige Erkrankungen des Herzens) sowie Schlaganfälle (Wiedenmann 2017; Schneider et al. 2020), Gelenkerkrankungen, Beeinträchtigungen beim Gehen und Sehbeeinträchtigungen sind als relevant identifiziert worden (Hajek et al. 2017; Wiedenmann 2017). Mit Blick auf mögliche sozioökonomische Einflussvariablen konnte gezeigt werden, dass eine fehlende Partnerschaft die Wahrscheinlichkeit Pflege zu beantragen erhöht. Im Zusammenhang hiermit wird auch die höhere Wahrscheinlichkeit von Frauen, pflegebedürftig zu werden, diskutiert, überleben sie doch bisher häufig aufgrund der höheren Lebenserwartung ihre Partner (Schneider et al. 2020; Hajek et al. 2017). Eine weitere Studie zeigte auf, dass Menschen mit hoher Arbeitsbelastung und armutsgefährdete Menschen deutlich früher pflegebedürftig werden als wohlhabende (Geyer et al. 2021).

Mit Blick auf sozioökonomische Parameter wurde ferner gezeigt, dass der Übergang ins Pflegeheim negativ mit dem Einkommen korreliert (Geyer et al. 2021). Gleiches zeigt die Untersuchung für Männer mit einem direkten Migrationshintergrund: Auch bei diesen ist das Pflegerisiko geringer. Kulturell verankerte Einstellungen gegenüber der Nutzung von Angeboten – seien es innerdeutsche (Ost-/West-Biografien) oder generationenspezifische – scheinen bislang jedoch wenig beleuchtet worden zu sein. Ferner sind Zugangsbarrieren aufgrund von Informationsdefiziten (unzureichende Pflegeberatungsstrukturen) sowie auch angebotsinduzierte Effekte – insbesondere bei den Ursachen der Wahl der Pflegeform – in den Blick zu nehmen. In der Gesamtschau ist mit Blick auf die komplexe multifaktorielle Genese von Pflegebedürftigkeit und des Inanspruchnahmeverhaltens Forschungsbedarf zu postulieren (Schwinger et al. 2023). Der im Pflegekompetenzgesetz beauftragte Bericht zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung insbesondere von medizinisch-pflegerischen Aspekten, demographischen Faktoren und sozioökonomischen Einflüssen kann hier Impulse geben.

### 1.1.3 Datengrundlagen und Methodik

Die Analysen beruhen auf faktisch anonymisierten Routinedaten der elf AOK-Pflege- und Krankenkassen aus den Jahren 2017 und 2023. Sie sind ausdrücklich nicht bezogen auf die gesamte Bevölkerung, sondern adressieren die Situation der gesetzlich versicherten Menschen und damit die Belange der Sozialen Pflegeversicherung (d. h. Privatversicherte sind nicht enthalten). Die Analyse basiert auf Informationen zu rund 1,6 Mio. AOK-versicherten Pflegebedürftigen für das Jahr 2017, rund 2,2 Mio. AOK-versicherten Pflegebedürftigen für das Jahr 2023 und rund 27,7 Mio. Versichertenstamminformationen aller AOK-Versicherten.

Die regionale Zuordnung der Pflegebedürftigen wie auch der Nicht-Pflegebedürftigen zu den Kreisen und kreisfreien Städten (im Folgenden nur als Kreise bezeichnet) erfolgte über die Postleitzahl des Wohnortes. Zum Zeitpunkt der Beitragserstellung lagen für 2023 die relevanten Informationen (s. o.) nur bis September 2023 vor. Aus diesem Grund beziehen sich die hier präsentierten Pflegeprävalenzen auf den Monat September.<sup>2</sup> Die Häufigkeit der in Anspruch genommenen Leistungen gründet sich auf den Durchschnitt der Monate Januar bis einschließlich September.

Mit dem Ziel, Aussagen nicht nur für die AOK-versicherten, sondern für alle GKV-versicherten Pflegebedürftigen zu ermöglichen, standardisiert die Analyse nach Alter und Geschlecht (Basis: Amtliche Mitgliederstatistik der gesetzlichen Krankenkassen (KM 6)). Darüber hinaus wurde bei der Darstellung der Pflegeprävalenzen jene in der AOK-versicherten Population mit Hilfe der amtlichen Statistik PG 2 korrigiert. Für die Ergebnisse zur Inanspruchnahme rechnete die Analyse Effekte, die aus Alter, Geschlecht und Pflegegraden resultieren, heraus (Basis: PG 2). Als Limitation verbleibt, dass die PG 2 nicht regionsbezogen zur Verfügung steht. Somit sind Abweichungen, die aus Alters- und Geschlechtsunterschieden zwischen GKV- und AOK-Population resultieren, wie auch der insgesamt höheren Pflegewahrscheinlichkeit und -schwere zwar über die Adjustierung Rechnung getragen, jedoch nur über das bundesweite Mittel. Regionale kassenartenspezifische Unterschiede sind nicht bereinigt.

Die multivariate Analyse zu den Einflussfaktoren der regionalen Varianz der pflegerischen Inanspruchnahme bezieht zudem neben den genannten Routinedaten der Pflegekassen ebenso jene der elf AOK-Krankenkassen mit ein. Hierbei handelt es sich um die Diagnoseinformationen aus Krankenhaus- und ambulant-ärztlichen Abrechnungsfällen

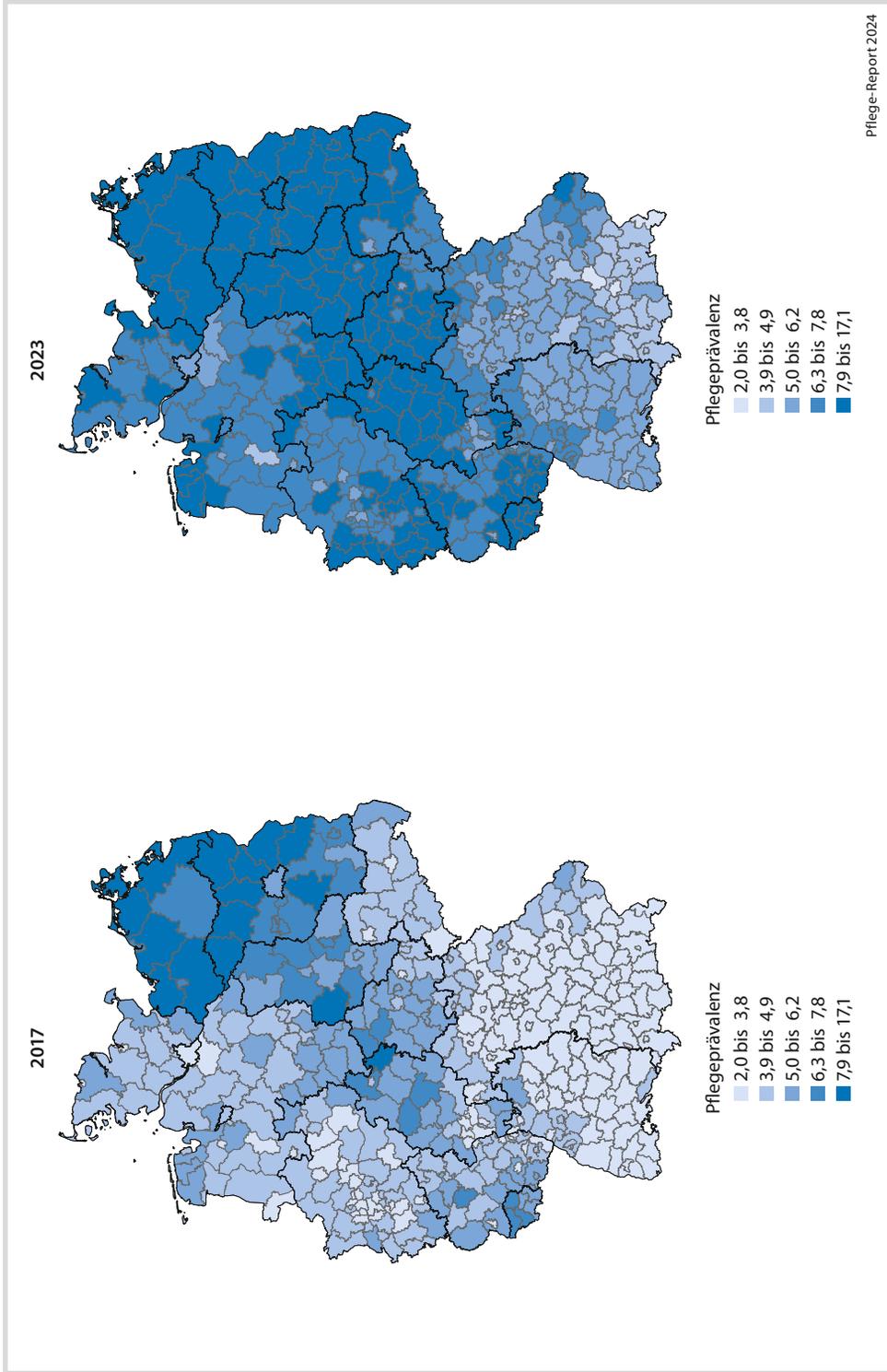
der Jahren 2021 und 2022, versichertenbezogen verdichtet gemäß Elixhauser-Komorbidityindex (siehe hierzu auch ► Abschn. 1.3.1). Kreisbezogene Merkmale des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) und ausgewählte „Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung“ (INKAR) sowie der Deprivationsindex, German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) (Michalski et al. 2022) ergänzen das Set der an in der Analyse berücksichtigten potenziellen Einflussfaktoren (siehe hierzu ► Abschn. 1.3.1 und ■ Tab. 1.2 im Anhang).

## 1.2 Pflegeprävalenzen und deren Entwicklung

Die Prävalenz der Pflege, wie sie oft und auch hier genannt wird, beziffert den Anteil der durch den Medizinischen Dienst als pflegebedürftig eingestuft Menschen in der Bevölkerung (Schwinger et al. 2023). Entsprechende Informationen sind in den SGB-XI-Daten hinterlegt und können so für eine versorgungsepidemiologische Schätzung von Pflege verwendet werden. Sie zeigt: Ende des Jahres 2023 bezogen 5,2 Mio. und damit 7,1 % der gesetzlich Versicherten Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung. Sechs Jahre zuvor (2017) und damit ein Jahr nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG 2) belief sich dieser Wert noch auf 3,3 Mio. bzw. 4,57 % (BMG 2024). Die bundesweite Pflegeprävalenz unter den gesetzlich Versicherten in Deutschland ist folglich stark gestiegen – doch regional gleichermaßen?

■ Abb. 1.1 veranschaulicht hier die Dynamik in der regionalen Verortung. 2017 lag in Bayern und Baden-Württemberg ebenso wie in weiten Teilen Nordrhein-Westfalens die Pflegeprävalenz bei maximal 3,8 % und betrug – mit Ausnahme weniger Kreise – nur in Mecklenburg-Vorpommern fast flächendeckend 7,9 % und aufsteigend. Im Jahr 2023 sind 8 % und aufwärts „das neue Normal“: Nun weisen alle ostdeutschen Bundesländer (mit Ausnah-

2 Zum Zeitpunkt der Analysen standen valide Daten ausschließlich für die ersten drei Quartale des Jahres 2023 zur Verfügung.

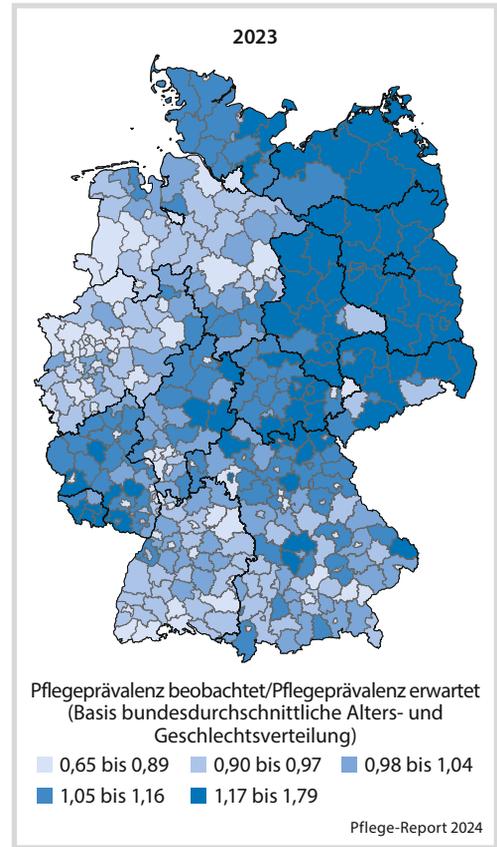


**Abb. 1.1** Pflegeprävalenz je Kreis (2017 und 2023), bezogen auf gesetzlich Versicherte. (Quelle: AOK-Daten, alters- und geschlechtsstandardisiert mit der KM 6, Korrektur der AOK-weiten Pflegeprävalenz auf GKV-Niveau auf Basis der amtlichen Statistik PG 2)

me Sachsens), Hessen, das Saarland und weite Regionen Nordrhein-Westfalens an der Grenze zu Belgien und den Niederlanden Raten von rund acht Pflegebedürftigen je 100 gesetzlich Versicherte und mehr auf (7,9–17,1 %). In nur wenigen Regionen sind weniger als 4 % (2,0 %–3,8 %) pflegebedürftig.

Die Alters- und Geschlechtsstruktur in den Regionen hat einen erheblichen Einfluss auf die dargestellten Prävalenzen. Denn: Die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein, steigt mit zunehmendem Alter deutlich an. Während bei den 65- bis 69-Jährigen nur 7 % pflegebedürftig sind, ist es bei den 70- bis 74-Jährigen bereits jede zehnte (10,5 %) und bei den 75- bis 79-Jährigen jede sechste Person (18,1 %). In den höchsten Alterssegmenten verdreifacht sich diese Prävalenzrate auf 51 % bei den 85- bis 89-Jährigen. Bei den über 90-Jährigen sind fast zwei von drei gesetzlich Versicherten (70,3 %) pflegebedürftig. Auch zwischen den Geschlechtern finden sich deutliche Unterschiede: Während etwa 42 % der 85- bis 89-jährigen Männer (41,7 %) von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, betrifft dies mehr als die Hälfte aller Frauen (56,9 %) im gleichen Alterssegment. Bei den über 90-jährigen Männern ist schließlich fast jeder Dritte (60,9 %) pflegebedürftig, bei den gleichaltrigen Frauen hingegen sind es drei Viertel (73,9 %) (siehe hierzu ► Kap. 19, ■ Abb. 19.2). Im nächsten Schritt wurden somit Effekte, die auf Alters- und Geschlechtsunterschieden beruhen, herausgerechnet.

In ■ Abb. 1.2 ist die beobachtete Pflegeprävalenz im jeweiligen Kreis derjenigen gegenübergestellt, die zu erwarten wäre, wenn die gesetzlich Versicherten in diesem Kreis die bundesdurchschnittliche Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen würden. Es zeigt sich, dass – mit wenigen regionalen Ausnahmen – die Pflegeprävalenz in den ostdeutschen Bundesländern und auch im Saarland deutlich oberhalb des demographisch Erwarteten liegt (demographisch erwartet wäre ein Wert von 1). In den dunkelblau gefärbten Kreisen liegt der beobachtete Wert bei 17 % und mehr (1,17–1,79) über dem demographisch Er-



■ **Abb. 1.2** Verhältnis der beobachteten Pflegeprävalenz zu der nach bundeseinheitlicher Alters- und Geschlechtsstruktur zu erwartenden Pflegeprävalenz je Kreis (2023). (Quelle: AOK-Daten)

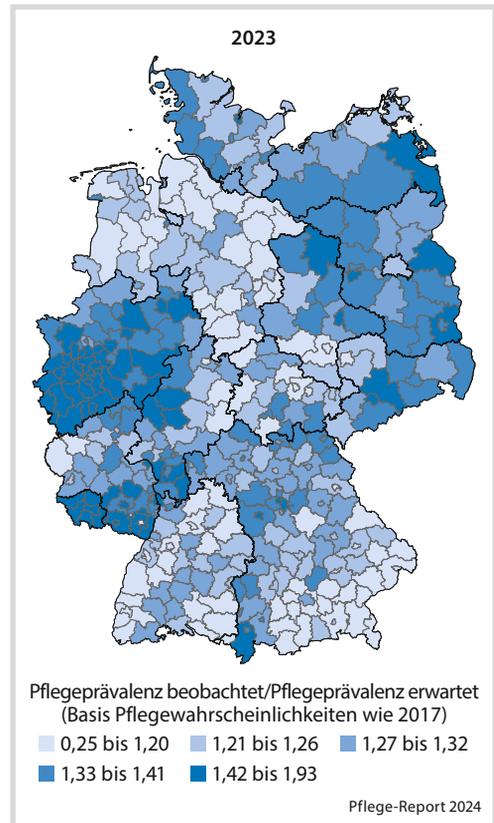
warteten. Viele Kreise in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen liegen mindestens 11 % (0,65–0,89) unter dem alters- und geschlechtsbedingt zu erwartenden Prävalenzwert. Die ■ Abb. 1.2 visualisiert damit deutlich, dass die Varianz der regionalen Pflegeprävalenz nicht allein durch demographische Aspekte (d.h. durch unterschiedliche kreisbezogene Alters- und Geschlechtsstrukturen der gesetzlich Versicherten) erklärt ist. Vielmehr sind weitere mögliche Einflussfaktoren in den Blick zu nehmen.

Ähnliches ergibt sich mit Blick auf den Anstieg der Pflegeprävalenz, die ■ Abb. 1.1 bereits zeigt. Die alters- und geschlechtsspe-

zifischen Pflegewahrscheinlichkeiten steigen seit Jahren deutlich an: War eine 80-jährige gesetzlich versicherte Frau im Jahr 2017 noch mit einer Wahrscheinlichkeit von rund eins zu vier (26,1 %) pflegebedürftig (siehe Tsiasioti et al. 2019 Abb. 21.1), so betrug die Wahrscheinlichkeit 2022 rund eins zu drei (35,2 %; siehe ► Kap. 19, ■ Abb. 19.2). Diese Zunahme der Pflegewahrscheinlichkeit ist ■ Abb. 1.3 nun herausgerechnet: Hier steht die im Jahr 2023 beobachtete Pflegeprävalenz je Kreis im Verhältnis zu jener Pflegeprävalenz, die allein aufgrund der Alterung der Bevölkerung seit 2017 – ohne eine Erhöhung der Pflegewahrscheinlichkeiten je Alters- und Geschlechtsgruppe – zu erwarten wäre. Sprich: Die Pflegewahrscheinlichkeiten aus 2017 sind gesetzt und ausschließlich die Alterung der Kreisbevölkerung ist in der Berechnung der erwarteten Werte berücksichtigt.

Zunächst fällt auf, dass in nur wenigen Kreisen der Anstieg der Pflegeprävalenz dem entspricht, was demographisch zu erwarten wäre, d. h. bei denen das Verhältnis von beobachtetem Anteil zu erwartetem Anteil den Wert 1 aufweist.

Die Darstellung in ■ Abb. 1.3 ist so gewählt, dass alle Kreise entsprechend ihrem Verhältnis von beobachtet zu erwartet in fünf gleich große Gruppen unterteilt werden (Quintile). An den Grenzen dieser Gruppen wird deutlich, dass selbst viele der diesbezüglich unauffälligsten Kreise (1. Quintil, in der Grafik hellblau eingefärbt) einen Wert deutlich über 1 aufweisen: Im Durchschnitt ist die im Jahr 2023 beobachtete Pflegeprävalenz 30 % höher als die alters- und geschlechtsadjustierte erwartete Rate (Mittelwert über alle Kreise 1,30). Im auffälligsten Fünftel der (d. h. hier dunkelblau eingefärbten) Kreise – primär in Nordrhein-Westfalen, im Saarland und in Ostdeutschland – liegt die beobachtete Pflegeprävalenz mindestens 42 % über dem, was allein aufgrund der Alterung der Bevölkerung in diesen Regionen erwartbar wäre. Regionen vornehmlich in Niedersachsen, Bayern und Baden-Württemberg kennzeichnet demgegenüber ei-



■ **Abb. 1.3** Verhältnis der beobachteten Pflegeprävalenz 2023 zur demographisch erwarteten Pflegeprävalenz (Basis 2017) je Kreis, bezogen auf gesetzlich Versicherte; (Quelle: AOK-Daten, alters- und geschlechtsstandardisiert mit der KM 6)

ne weitaus geringere Diskrepanz von beobachteter und erwarteter Rate (maximal 20 % je Kreis).

Festzuhalten ist: Die Zahl von gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen steigt von 2017 bis 2023 beträchtlich. Die Analyse unterstreicht, dass diese Entwicklung nicht allein durch die demographische Entwicklung zu erklären ist. Für die anschließende Analyse ist der Blick auf weitere Einflussfaktoren zu richten, die zur Erklärung der – doch beträchtlich regional variierenden – Abweichungen zwischen den beobachteten und den demographisch zu erwartenden Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit beitragen können.

## 1.3 Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung

### 1.3.1 Regionale Varianz der Inanspruchnahme

Die naheliegende These, dass sich angesichts der regionalen Heterogenität bei der Prävalenz von Pflegebedürftigkeit ebenso die Inanspruchnahme von entsprechenden pflegerischen Leistungen nach SGB XI zwischen den Kreisen unterscheidet, bestätigt [Abb. 1.4](#). Zu sehen sind die Anteile von AOK-versicherten Pflegebedürftigen (60+ Jahre) in den Kreisen, differenziert jeweils nach in Anspruch genommener Leistung (Pflegegeld, Sach- oder Kombinationsleistungen, vollstationäre Pflege).<sup>3</sup> Diese Anteile sind hierbei für jeden Kreis im Hinblick auf folgende Merkmale standardisiert: Alters- und Geschlechtsstruktur, Pflegeschwere, differenziert nach den Sektoren ambulant und stationär (Basis: PG 2). Für jeden Kreis addiert, ergeben die Anteile zur Inanspruchnahme von Pflegegeld, Sach- oder Kombinations- und vollstationärer Pflege 100 %.

[Abb. 1.4](#) ist eine erhebliche Varianz der Inanspruchnahme-Raten zu entnehmen. So werden Geldleistungen überproportional häufig in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg bezogen – und zwar in einer Vielzahl von Kreisen von 60,7 % und mehr Pflegebedürftigen. Demgegenüber sind in weiten Teilen Mecklenburg-Vorpommerns, Brandenburgs, Sachsens und Schleswig-Holsteins und ebenso im Süden Bayerns weitaus niedrigere Anteile zu erkennen. Hier nehmen in vielen Kreisen maximal 51,4 % der Pflegebedürftigen Geldleistungen in Anspruch.

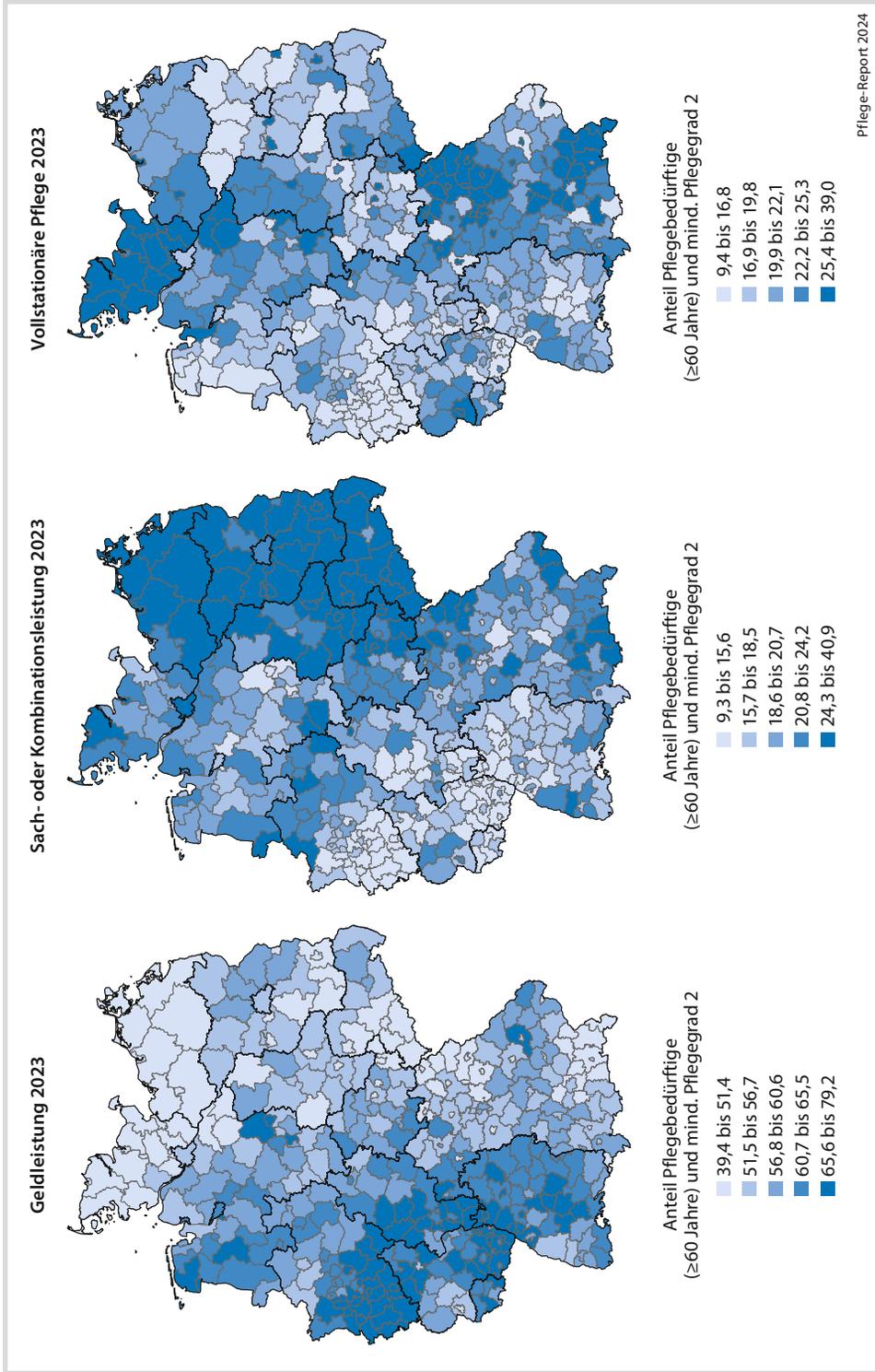
3 Einbezogen wurden allein Pflegebedürftige, die einen Grad 2 und höher aufweisen, da nur für sie ein Anspruch auf Nutzung der hier untersuchten Leistungen besteht. Pflegebedürftige mit Grad 1 dürfen zwar den Entlastungsbetrag von 125 € monatlich auch für Pflegedienste, Tagespflege, Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege nutzen, ein Anspruch auf Pflegegeld besteht jedoch nicht.

Wie ein Diapositiv wirkt im Vergleich dazu die Regionalverteilung bei den Sach- und Kombinationsleistungen. Sie dominieren im Kreisvergleich in weiten Teilen Ostdeutschlands; die höchsten Raten belaufen sich hier auf 24,3 bis 40,9 % aller Pflegebedürftigen. Im Umkehrschluss nutzen in einem Großteil der Kreise, u. a. in Baden-Württemberg, Saarland, Rheinland-Pfalz, maximal 15,6 % diese Leistungen.

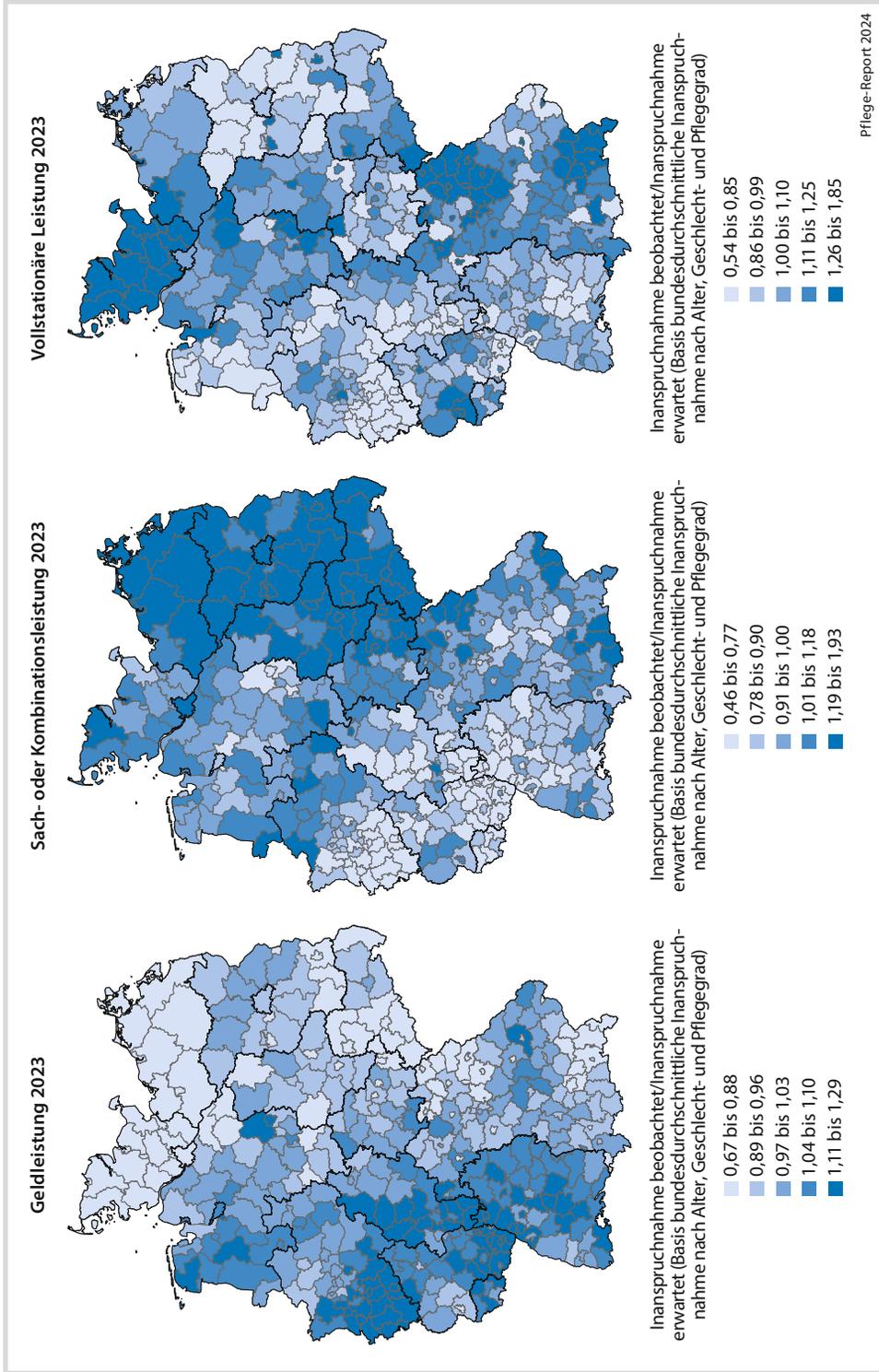
Ein dritter Blick auf [Abb. 1.4](#) zeigt, dass ebenso die Inanspruchnahme vollstationärer Pflege zwischen den Kreisen der Bundesrepublik beträchtlich variiert – jedoch nicht nach einem so deutlichen Verteilungsmuster wie bei den Geld- und Sachleistungen. Je nach betrachtetem Kreis leben gemäß vorliegender Berechnung zwischen 9,4 und 39,0 % der Pflegebedürftigen im Pflegeheim. In Schleswig-Holstein sowie Bayern finden sich hierbei größere Regionen, wo dies knapp ein Viertel oder mehr Pflegebedürftige betrifft.

In [Abb. 1.5](#) ist die beobachtete Inanspruchnahme von Pflegebedürftigen (60+ Jahre, Pflegegrad 2+) im jeweiligen Kreis derjenigen gegenübergestellt, die man erwarten würde, wenn die Inanspruchnahme der gesetzlich Pflegebedürftigen (60+ Jahre, Pflegegrad 2+) der bundesdurchschnittlichen Alters- und Geschlechtsstruktur und Pflegeschwere entspräche. In den hellsten Kreisen (erstes Quintil), wie bspw. in Mecklenburg-Vorpommern, liegt der beobachtete Anteil von Pflegebedürftigen mit Geldleistungen zwischen 12 und 33 % unter dem rechnerisch erwarteten Wert; die Sachleistungsquote hingegen bewegt sich hier und in weiteren Großteilen Ostdeutschlands zwischen 19 und 93 % über dem erwarteten Wert (fünftes Quintil im dunkelsten Blau).

Analog sind in folgenden Abbildungen die regionalen Inanspruchnahmestrukturen für weitere Unterstützungsleistungen, die additiv zum Pflegegeld oder zur Nutzung von Pflegediensten verfügbar sind, kartographisch dargestellt. [Abb. 1.6](#) zeigt für die Tages- und Nachtpflege das Verhältnis von beobachtetem Anteil von Pflegebedürftigen mit dieser in Anspruch genommenen Leistung zu jenem erwarteten



**Abb. 1.4** Inanspruchnahme von Geld-, Sach- und vollstationären Leistungen durch Pflegebedürftige im Alter von mindestens 60 Jahren und mit Pflegegrad 2 oder höher je Kreis (2023), bezogen auf gesetzlich Pflegebedürftige. (Quelle: AOK-Daten, standardisiert nach Alter, Geschlecht, Pflegegrad und Sektorenwahl auf die gesetzlich Pflegebedürftigen der PG 2)

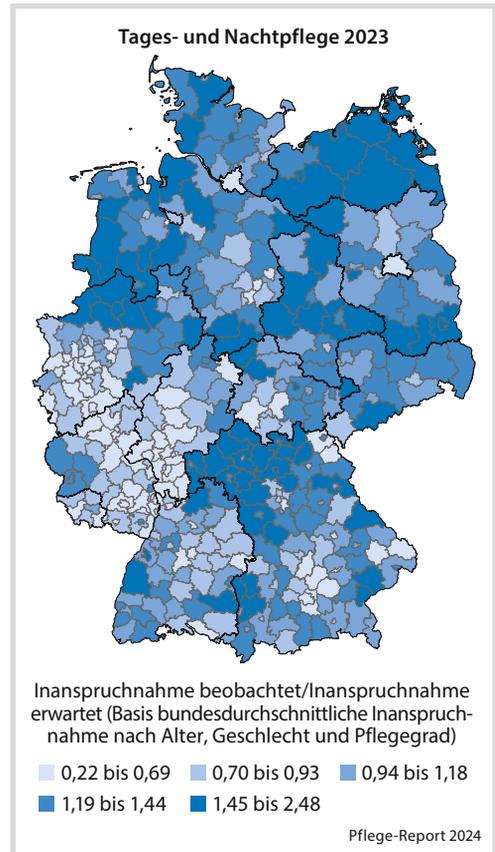


**Abb. 1.5** Verhältnis der *beobachteten* Inanspruchnahme von Pflegebedürftigen im Alter von mindestens 60 Jahren und mit Pflegegrad 2 oder höher zu der nach bundeseinheitlicher Alters- und Geschlechtsstruktur, Schweregrad zu *erwartenden* Inanspruchnahme je Kreis (2023). (Quelle: AOK-Daten)

Anteil, wenn die Inanspruchnahme der gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen (60+ Jahre, Pflegegrad 2+) der bundesdurchschnittlichen Alters- und Geschlechtsstruktur und Pflegeschwere entspräche. Anders als bei den in **Abb. 1.5** thematisierten Hauptpflegearten (insbesondere bei Geld- und Sachleistungen) lässt sich hier kein eindeutiges Muster erkennen. Vielmehr bestehen in Mecklenburg-Vorpommern, Franken, der Emslandregion und dem Münsterland überproportional hohe Nutzungsquoten. Weite Regionen in Nordrhein und Rheinland-Pfalz und im Saarland hingegen liegen mit ihren Quoten deutlich unter dem Erwarteten.

**Abb. 1.7** zeigt die Situation für die Verhinderungspflege, bei der eine Pflegeperson zur Entlastung der pflegenden An- oder Zugehörigen temporär die Pflege in der Häuslichkeit übernimmt, und Kurzzeitpflege, auf die Pflegebedürftige einen Anspruch in Form einer finanzierten vollstationären Unterbringung für maximal acht Wochen im Jahr besitzen. Die Finanzierung dieser beiden Entlastungsangebote ist gedeckelt, wobei die Ansprüche sich gegenseitig substituieren lassen, d. h. Leistungsansprüche der Verhinderungspflege für die Kurzzeitpflege verwandt werden dürfen und vice versa. In **Abb. 1.7** tritt deutlich zutage, dass der beobachtete Anteil von Pflegebedürftigen mit Verhinderungspflege insbesondere in Regionen mit einem hohen Anteil an Pflegegeldbeziehenden das nach Demographie und Pflegeschwere zu Erwartende weit übertrifft. Mit der Kurzzeitpflege verhält es sich nicht spiegelbildlich, sodass hier weitere Faktoren, insbesondere der Einfluss der regionalen Angebotsstrukturen, zu untersuchen wären.

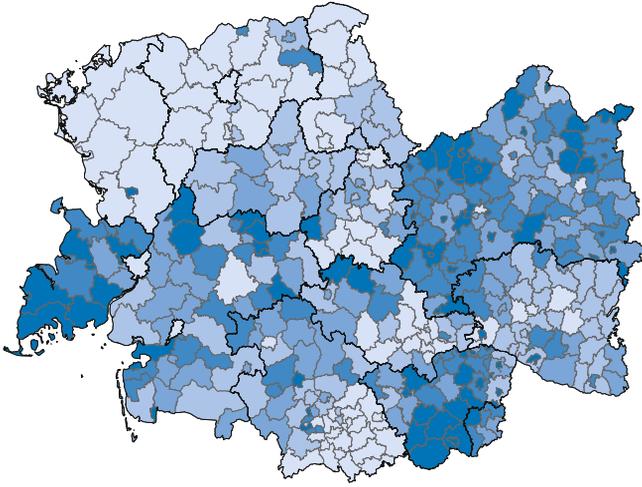
**Abb. 1.8** zeigt das Verhältnis von beobachteter und erwarteter Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags von 125 € monatlich. Dieser Betrag kann bei der Kasse als Kostenerstattung eingereicht werden, soweit es sich um qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft



**Abb. 1.6** Verhältnis der beobachteten Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege bei ambulant Pflegebedürftigen im Alter von mindestens 60 Jahren und mit Pflegegrad 2 oder höher zu der nach bundeseinheitlicher Alters- und Geschlechtsstruktur und Schweregrad zu erwartenden Inanspruchnahme je Kreis (2023). (Quelle: AOK-Daten)

als Pflegenden sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags handelt (siehe § 45b SGB XI). Auffällig sind hier die im Osten deutlich überproportionalen Nutzungsquoten, was sowohl Fragen nach der möglichen unterschiedlichen (un)bürokratischen Anerkennung der Angebote und der damit verbundenen Kostenerstattung als auch nach der Förderung der Angebote aufwirft.

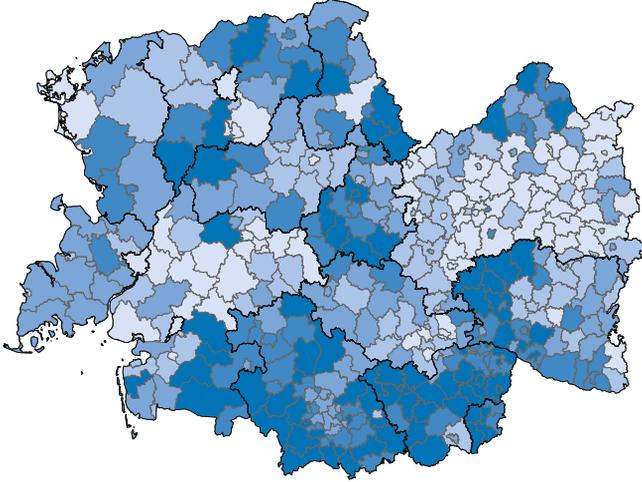
Kurzzeitpflege 2023



Inanspruchnahme beobachtet/Inanspruchnahme erwartet  
 (Basis bundesdurchschnittliche Inanspruchnahme  
 nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad)

- 0,30 bis 1,42
- 1,43 bis 1,87
- 1,88 bis 2,27
- 2,28 bis 2,80
- 2,81 bis 6,06

Verhinderungspflege 2023

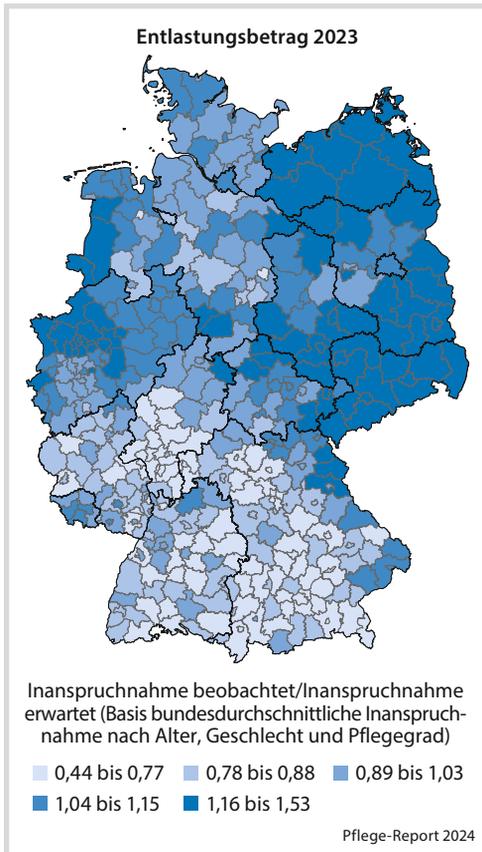


Inanspruchnahme beobachtet/Inanspruchnahme erwartet  
 (Basis bundesdurchschnittliche Inanspruchnahme  
 nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad)

- 0,43 bis 0,74
- 0,75 bis 0,91
- 0,92 bis 1,06
- 1,07 bis 1,23
- 1,24 bis 2,04

Pflege-Report 2024

**Abb. 1.7** Verhältnis der *beobachteten* Inanspruchnahme von Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege bei ambulant Pflegebedürftigen im Alter von mindestens 60 Jahren und mit Pflegegrad 2 oder höher zu der nach *bundesweiter* Alters- und Geschlechtsstruktur und Schweregrad zu *erwartenden* Inanspruchnahme je Kreis (2023). (Quelle: AOK-Daten)



■ **Abb. 1.8** Verhältnis der beobachteten Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags bei ambulant Pflegebedürftigen im Alter von mindestens 60 Jahren und mit Pflegegrad 2 oder höher zu der nach bundeseinheitlicher Alter- und Geschlechtsstruktur und Schweregrad zu erwartenden Inanspruchnahme je Kreis (2023). (Quelle: AOK-Daten)

### 1.3.2 Exemplarische Analyse zu den Hintergründen der regionalen Varianz der Inanspruchnahme

Die Ausführungen in ► Abschn. 1.3.1 veranschaulichen, dass Alter, Geschlecht und Pflegegeschwere die hier herausgestellte regionale Variation der Inanspruchnahme nur bedingt erklären können: Rechnet man diesbezügliche Effekte heraus, so zeigen sich regional weiterhin deutliche Unterschiede in der Wahl der

Leistungsart bzw. der Nachfrage nach weiteren Unterstützungsleistungen. Aufgrund der engen lebensweltlichen Verflechtung der Langzeitpflege können neben demographischen und epidemiologischen Merkmalen auch sozioökonomische und -kulturelle Parameter einen deutlichen Einfluss auf die Nachfrage von Langzeitpflegeangeboten haben (vgl. auch ► Abschn. 1.1.2).

Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden mittels einer linearen Regression mit einer logarithmischen Transformation<sup>4</sup> der abhängigen Variablen analysiert, welche weiteren Faktoren bei der Erklärung der hier beobachteten regionalen Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Pflegegeld (a) und von Sach- und Kombinationsleistungen (b) heranzuziehen sind. Jede der beiden Regressionen (jeweils drei getestete Modelle) zielt folglich auf den Anteil an Pflegebedürftigen mit der jeweiligen Leistungsart je Kreis. ■ Tab. 1.1 gibt einen Überblick über die einbezogenen Variablen für die 400 Kreise und die Ergebnisse der Analyse.<sup>5</sup>

So erweist sich das durchschnittliche Alter als statistisch bedeutsamster Einflussfaktor auf beide Inanspruchnahmen: Erhöht sich das durchschnittliche Alter um eine Einheit, dann verringert sich der Anteil der Inanspruchnahme von Pflegegeld signifikant um 5,7 % (Modell 1:  $(0,943 - 1) * 100 = 5,7 \%$ ). Sprich: Je höher das Durchschnittsalter, desto geringer der Anteil der Pflegegeldbezieher. Beim Pflegesachleistungsbezug verhält es sich spiegelbildlich. Erhöht sich das durchschnittliche Alter um eine Einheit, dann erhöht sich signifikant der Anteil der Inanspruchnahme von Sach- und/oder Kombinationsleistung ebenfalls signifikant um 4,6 % (Modell 4:  $(1,046 - 1) * 100 = 4,6 \%$ ). Sowohl der regionale **Altenquotient**, d. h. das Verhältnis von Einwohnerschaft im Alter von mindestens

4 Aus Gründen der ansonsten verletzten Homoskedastizitätsannahme und Normalverteilungsannahme wurden die Anteile logarithmiert. Auf Multikollinearität wurde getestet.

5 Für eine dezidierte Erläuterung der Operationalisierung der Variablen siehe ■ Tab. 1.2 im Anhang.

**Tab. 1.1** Regionale Varianz bei der Inanspruchnahme von Geld- bzw. Sach- und Kombinationsleistungen: Ergebnisse der linearen Regressionsanalyse (mit einer logarithmischen Transformation der abhängigen Variable) zu potenziellen Einflussfaktoren. (Quelle: eigene Berechnungen)

	Anteil Pflegebedürftige (PB, 60+ Jahre, > PG 2), die Pflegegeld beziehen, im Kreis			Anteil Pflegebedürftige (PB, 60+ Jahre, > PG 2), die Sach- und/oder Kombinationsleistung beziehen, im Kreis		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	<b>exp(Koeffizient) (SD)</b>					
Durchschnittliches Alter	0,943*** (0,013)	0,918*** (0,022)	0,943*** (0,030)	1,046*** (0,021)	1,070*** (0,026)	1,092*** (0,024)
Anteil Frauen	1,208 (0,684)	2,662 (0,867)	1,188 (1,011)	0,123** (0,908)	0,063*** (1,008)	0,035*** (1,000)
Anteil mit Pflegegrad 4 und 5	1,113 (0,452)	1,476 (0,628)	0,664 (0,634)	4,332** (0,623)	3,418* (0,733)	1,915 (0,693)
Anteil Demenz	0,052*** (0,274)	0,051*** (0,365)	0,032*** (0,444)	4,932*** (0,330)	4,965*** (0,389)	3,551*** (0,392)
Elixhauser-Komorbiditätsindex	0,993 (0,108)	0,956 (0,124)	0,905 (0,130)	1,197 (0,157)	1,236 (0,167)	1,187 (0,175)
Anteil mit Pflegepersonen nach § 44 SGB XI	7,521*** (0,185)			0,184*** (0,314)		
Haushaltsgröße im Kreis	1,067 (0,065)	1,313*** (0,235)	1,447*** (0,285)	0,855** (0,156)	0,718*** (0,271)	0,771*** (0,197)
Anteil teilzeitbeschäftigte Frauen im Kreis	0,990*** (0,002)	1,000 (0,004)	0,995* (0,004)	1,010*** (0,003)	1,002 (0,005)	0,998 (0,004)
Regionstyp – ländliche Region <sup>a</sup>	0,874*** (0,021)	0,917*** (0,028)	0,914*** (0,033)	1,160*** (0,030)	1,114*** (0,033)	1,111*** (0,032)
Deprivationsindex	1,056 (0,075)	1,003 (0,095)	0,917 (0,095)	1,190* (0,111)	1,242** (0,124)	1,164 (0,124)
Altenquotient	1,006*** (0,002)	0,998 (0,003)	0,990*** (0,005)	1,012*** (0,003)	1,018*** (0,004)	1,012*** (0,004)
Fortzugsrate	1,001** (0,0004)	1,000 (0,001)	1,000 (0,001)	0,998*** (0,001)	0,998*** (0,001)	0,998*** (0,001)
Pflegeheimplätze	0,997*** (0,0004)	0,997*** (0,001)		0,997*** (0,001)	0,997*** (0,001)	
N	400	400	400	400	400	400

■ **Tab. 1.1** (Fortsetzung)

	Anteil Pflegebedürftige (PB, 60+ Jahre, > PG 2), die Pflegegeld beziehen, im Kreis			Anteil Pflegebedürftige (PB, 60+ Jahre, > PG 2), die Sach- und/oder Kombinationsleistung beziehen, im Kreis		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	exp(Koeffizient) (SD)					
R-Quadrat	0,775	0,687	0,634	0,546	0,482	0,453
Adjustiertes R-Quadrat	0,767	0,678	0,623	0,531	0,466	0,438
PG = Pflegegrad Anmerkung: * $p < 0,1$ ; ** $p < 0,05$ ; *** $p < 0,01$ <sup>a</sup> Referenzkategorie: Regionen mit Verstärkeransätzen und städtische Regionen Pflege-Report 2024						

65 Jahren je 100 Einwohnerinnen und Einwohner im erwerbsfähigen Alter, als auch die Fortzüge je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner aus dem Kreis (**Fortzugsrate**) liefert auf Kreisebene zudem eine mögliche Approximation für eine potenziell vorliegende Überalterung der Region. Signifikant deutlich wird: Ein höherer Altenquotient führt zu heterogenen Ergebnissen mit geringen Veränderungsraten in beide Richtungen – je nach Modell und Leistungsart. Die Fortzugsrate hingegen ist in den Modellen nicht durchgehend signifikant.

Während bei Pflegegeldbezug sowohl der Anteil der **Frauen** als auch der Anteil Schwer- und Schwerstpflegebedürftiger (PG 4 und PG 5) keine signifikante Erklärungskraft hat, sinkt mit steigendem Frauenanteil signifikant die Inanspruchnahme von Sachleistungen in allen drei Modellen. In zwei der drei hier betrachteten Modelle erhöht sich mit jedem Prozentpunkt an Personen mit **Pflegegrad 4 und Pflegegrad 5** die Wahrscheinlichkeit, Sachleistung zu beziehen, um mehr als das Vierfache (Modell 4: 4,332; Modell 5: 3,418). Der Anteil von an **Demenz** Erkrankten trägt ebenso signifikant zur Erklärung der Nutzungsquoten bei: Während sich der Anteil Pflegebedürftiger mit einer ausschließlichen Nutzung von Pflegegeld je zusätzlichen Prozent-

punkt von demenziell Erkrankten verringert (bspw. Modell 1:  $(0,052 - 1) * 100 = -94,8\%$ ), erhöht sich der Anteil Pflegesachleistungsbeziehender deutlich (bspw. Modell 4:  $(4,932 - 1) * 100 = 393,2\%$ ). Demenz und Pflegeschwere sind insofern erklärend für die Nutzung von ambulanten Pflegediensten.

Demgegenüber scheint die Information über den hier operationalisierten **Multimorbiditätsgrad** in keinem signifikanten Zusammenhang mit den betrachteten Inanspruchnahme-Anteilen zu stehen. Das verwendete Klassifikationssystem, der Elixhauser-Index, entstammt ursprünglich der Analyse von administrativen Diagnosedaten im Setting Krankenhaus mit Blick auf Krankenhaussterblichkeit, Behandlungsdauer und Kosten (Elixhauser et al. 1998; Quan et al. 2005). Er umfasst 30 Erkrankungsgruppen und wurde hier zu einem ungewichteten Gesamtindex zusammengefasst.<sup>6</sup>

6 Pflegebedürftige sind dann einer Erkrankungsgruppe bzw. mehrerer Erkrankungsgruppen zugeordnet, wenn sie in den beiden Vorbeobachtungsjahren einen Krankenhausaufenthalt mit entsprechenden Haupt- oder Nebendiagnose in den Routinedaten bzw. eine oder mehrere entsprechende vertragsärztliche und gesicherte Diagnose(n) in mindestens zwei verschiedenen Quartalen eines Berichtsjahres aufweisen. Die individuelle, d. h. versichertenbezogene Erkrankungshäufigkeit wurde anschließend als Anteilswert je Kreis verdichtet.

Während die betrachteten demographie- und morbiditätsbezogenen Aspekte belastbar über die hier genutzten Abrechnungsdaten abbildbar sind, stellt die Operationalisierung von soziokulturellen Variablen eine Herausforderung dar. Die vorliegenden Abrechnungsdaten enthalten keine Informationen über Einkommen und Bildungsstand. Als **Sozialer Deprivationsindex** des Robert Koch-Instituts lassen sich jedoch auf Kreisebene unterschiedliche Informationen zur Einkommenssituation (u. a. Schuldnerquote, Haushaltsnettoeinkommen, Steuereinnahmen), zur Beschäftigung (u. a. Arbeitslosenquote, Bruttolohn und -gehalt, Beschäftigtenquote) und zur Bildung (u. a. Schulabgehende ohne Abschluss, Beschäftigte am Wohnort mit (Fach-)Hochschulabschluss) zu einem Faktor aggregieren und hier einbeziehen (siehe hierzu auch Michalski et al. 2024). Eine statistisch bedeutsame Assoziation des Sozialen Deprivationsindex ließe sich im Ergebnis in zwei Modellen (4 und 5) zur Erklärung des Anteils der Pflegebedürftigen mit Sach- und Kombinationsleistungen feststellen. Steigt die Deprivation um eine Einheit, erhöht sich dieser Anteil je nach Modell um bis zu 24,2 % (Modell 5:  $(1,242 - 1) * 100 = 24,2\%$ ). In den anderen hier getesteten Modellen scheint die Deprivation in keinem Zusammenhang zu stehen.

In ► Abschn. 1.1.2 wurde ferner die Bedeutung von Partnerschaften für die Inanspruchnahme von Leistungen durch die Pflegebedürftigen herausgearbeitet. Das Netzwerk von Angehörigen, Freundinnen und Freunden, Nachbarschaft oder Bekannten, das für Pflege und Betreuung, für Teilhabe an sozialen Aktivitäten und Organisation im Kontext der gesundheitlich-pflegerischen Versorgung bestenfalls bereitsteht, lässt sich auf Basis der verwendeten Routinedaten nicht oder nur mittelbar messen. So könnte bspw. anhand spezifischer Rentenbezüge auf die **Präsenz von informell Pflegenden** schließen lassen. Derartige Bezüge erhalten Personen, die für mindestens zehn Stunden Pflege- und Betreuungsaufgaben übernehmen und hierbei selbst nicht mehr als 30 Stunden erwerbstätig sind (sie-

he § 19 SGB XI i. V. m. § 44 SGB XI). Um darüber hinaus die Existenz von **Sorgernetzwerken** zu approximieren, zog die Analyse zusätzlich ökologische Informationen auf Kreisebene (Haushaltsgröße) als Näherung für den Anteil von Singlehaushalten sowie die Teilzeitquote von Frauen heran. Im Ergebnis ist das Vorhandensein einer Pflegeperson für das Pflegegeld in positiver (Modell 1: 7,521) und für die Pflegesachleistung (Modell 4: 0,184) in negativer Richtung aussagekräftig. Ebenso verhält es sich mit der „durchschnittlichen Haushaltsgröße“: So führt eine marginale Erhöhung der durchschnittlichen Haushaltsgröße in Modell 2 zu rund einem Drittel mehr Pflegegeldnutzenden ( $((1,313 - 1) * 100 = 31,3\%$ ), wird aber z. T. erst signifikant, wenn die Variable „Anteil Pflegeperson nach § 19“ aus dem Modell entfernt wird (Modell 2, 3 und 5, 6). Auch der Anteil teilzeitbeschäftigter Frauen im Kreis geht mit sinkendem Pflegegeld und steigendem Sachleistungsbezug einher, ist aber nicht immer signifikant.

Um weitere regionale infrastrukturelle und kulturelle Aspekte einzuschließen, wurden die Kreise anhand ihrer Klassifikation der räumlichen Gegebenheit differenziert (ländlich oder nicht ländlich) und angebotsseitig die verfügbaren Pflegeheimplätze (Anzahl Plätze je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner) als erklärende Variablen in der Analyse berücksichtigt. Der **Regionstyp** hat hierbei einen signifikanten negativen Einfluss auf den Anteil der Inanspruchnahme von Pflegegeld. Im Vergleich zu städtischen Regionen bzw. Regionen mit Verstärkeransätzen unterstreicht ► Tab. 1.1 bspw. im Modell 1 bei ländlichen Regionen eine Verringerung der Inanspruchnahme von Pflegegeld um 12,6 % (Modell 1:  $(0,874 - 1) * 100 = -12,6\%$ ). Der Unterschied im Anteil der Sachleistungsempfangenden in ländlichen Regionen im Verhältnis zu städtischen Regionen bzw. Regionen mit Verstärkeransätzen hingegen beträgt (im Modell 4) bis zu 16 %.

Die weiter oben (► Abschn. 1.1.2) diskutierten Wirkungen der Versorgungsstruktur auf die Angebotswahl zeigen sich ebenso empi-

risch. Sachlogisch zeigt sich für den Anteil sowohl von Pflegegeld- als auch von Sachleistungsbeziehenden ein negativer Zusammenhang mit der Anzahl vollstationärer Pflegeheimplätze je Kreis. Die Variable erhöht zudem die Gesamterklärungskraft (Modell 2: adjustiertes  $R^2 = 0,687$  vs. Modell 3: adjustiertes  $R^2 = 0,634$ ; Modell 5: adjustiertes  $R^2 = 0,466$  vs. Modell 6: adjustiertes  $R^2 = 0,438$ ). Gleichwohl ist bei der Interpretation zu beachten, dass Ursache und Wirkung der Erklärungskraft offen sind. Sprich: Interpretiert werden kann hieraus nicht, dass eine hohe Bettendichte eine hohe Nutzung von Pflegeheimplätzen bedingt („Heimsog“). Vielmehr kann ebenso richtig sein, dass eine hohe Nachfrage eine hohe Bettendichte nach sich zieht. Die Pflegeheimplatzzahl beschreibt letztlich die Angebotsdichte, lässt sie jedoch keine Aussage zu, ob diese Anzahl tatsächlich vor Ort bedarfsdeckend ist.

## 1.4 Diskussion und Ausblick

Der vorliegende Beitrag setzt die erhebliche Varianz des regionalen Pflegebedarfs in den Mittelpunkt der Betrachtungen und zeigt anhand von deskriptiven und multivariaten Analysen, dass diese Unterschiede nicht allein durch demographische Aspekte (d. h. durch unterschiedliche kreisbezogene Alters- und Geschlechtsstrukturen der gesetzlich Versicherten in den Kreisen) zu erklären sind. Der Anstieg der Zahl gesetzlich versicherter Pflegebedürftige und die entsprechende Heterogenität im Kreisvergleich lassen sich ebenso wenig – auch das zeigt der Beitrag – ausschließlich durch die Alterung der Gesellschaft begründen. Regionale Unterschiede bei der Wahl von Leistungen der Pflegeversicherung wurden ebenso analysiert. Kartographisch visualisiert werden sowohl die Ost-West-Unterschiede mit Blick auf Geld- und Sachleistungsbezug als auch Regionen mit hohen vollstationären Quoten. Trotz Bereinigung um Effekte, die aus regional abweichenden Alters-, Geschlechts- und Pflegegradverteilungen resultieren könnten, bleiben deutliche Muster

regionaler Variation bei der Inanspruchnahme dieser Leistungen bestehen.

Exemplarisch untersucht wurden vor diesem Hintergrund weitere Einflussfaktoren im Zusammenhang mit den regionalen Pflegegeld- und Sach- bzw. Kombinationsleistungsquoten. In der Gesamtschau bestätigt sich, dass Alter, Pflegeschwere und Demenz die regionale Inanspruchnahme erklären. Darüber hinaus zeigen – wie aus der Literatur zu erwarten – die Variablen, die im Zusammenhang mit der Verfügbarkeit von pflegenden Angehörigen stehen, eine hohe Aussagekraft. Erwartungsgemäß sind siedlungsstrukturelle Aspekte für die Inanspruchnahme erklärend. Im Vergleich zu städtischen Regionen bzw. Regionen mit Verstärkeransätzen verringert sich der Anteil der Pflegegeldbeziehenden in ländlich geprägten Gegenden. Die Angebotsdichte trägt zwar signifikant zur Erklärung der Inanspruchnahme-Quoten bei, letztlich ist bei der Interpretation wie dargelegt jedoch Vorsicht geboten. Ideal wären Analysen auf Basis von Informationen über „Bettenleerstand“ oder Wartelisten für Heimplätze anstatt allein anhand von Kapazitäten.

In der Gesamtschau ist mit Blick auf die komplexe multifaktorielle Genese von Pflegebedürftigkeit und auf die Wahl des Pflege-settings Forschungsbedarf zu postulieren: Je besser die Hintergründe der regionalen Ausgangslage bekannt sind, desto eher gelingt eine qualifizierte Pflegestrukturplanung. Dabei darf nicht vergessen werden, dass es sich beim vorherrschenden Verständnis von Pflegebedürftigkeit um ein soziales Konstrukt handelt. Entsprechende regionale Determinanten sollten insofern epidemiologische, angebots- und nachfrageinduzierte, sozioökonomische und gesellschaftlich-normative Faktoren bzw. Kontexte berücksichtigen. Das bedeutet natürlich nicht, dass alle erklärenden Variablen auch in die Adjustierung der Planung aufzunehmen sind. Vielmehr bedarf es – auf Basis einer weitergehenden empirischen Fundierung – einer normativen Setzung, welche Determinanten als planungsrelevant zu werten sind. Wie auch bei der Risikoadjustierung geht es um die

Frage, welche Effekte bereinigt bzw. adressiert werden sollen und welche nicht. Beispielsweise liegt die Adjustierung der Planung auf Basis von Alter und Demenz auf der Hand. Wie aber soll damit umgegangen werden, dass beispielsweise das informelle Pflegepotenzial die Inanspruchnahme erklärt? Soll die Planung dies berücksichtigen oder soll diese unabhängig hiervon erfolgen?

Ohne Zweifel werden mit Blick auf die anstehenden demographischen Herausforderungen die regionalen Pflegestrukturplanungen erheblich an Bedeutung gewinnen. Versorgungstransparenz ist für die regionalen Akteure ein zentraler Startpunkt. Die angekündigte Schärfung der Nutzung von Versorgungsdaten der Pflegekassen und das Teilen dieser mit den regionalen Gebietskörperschaf-

ten weisen insofern in die richtige Richtung. Ferner sind durch die avisierten Empfehlungen auf Bundesebene zum Datenkranz normierende Effekte zu erwarten (§ 12 SGB XI i. d. F. PKG). Die Abrechnungsdaten der Kranken- und Pflegekassen können im Kontext der Pflegestrukturplanung einen wesentlichen Beitrag leisten. Sie sind zeitnah verfügbar und erlauben differenzierte Analysen zur Prävalenzentwicklung und Inanspruchnahme. Letztlich bedarf es für eine zielgerichtete Steuerung der Versorgungsstrukturen auch einer Klärung der mit Einführung der Pflegeversicherung entstandenen Aufgaben- und Befugnis-Diffusion zwischen Pflegekassen, Ländern und Kommunen im Hinblick auf die individuelle und infrastrukturelle Sicherstellung.

## Anhang

**Tab. 1.2** Operationalisierung der Regressionsvariablen

Variable	Definition und Quelle
Durchschnittliches Alter	AOK-Abrechnungsdaten 2023: Durchschnittliches Alter (2023) der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 und höher sowie 60 Jahre und älter je Kreis; bezogen auf den Monat September
Anteil Frauen	AOK-Abrechnungsdaten 2023: Anteil pflegebedürftige Frauen mit Pflegegrad 2 und höher sowie 60 Jahre und älter je Kreis (2023); bezogen auf den Monat September
Anteil Schwerpflegebedürftige mit Pflegegrad 4 und 5	AOK-Abrechnungsdaten 2023: Anteil Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4 oder 5 und höher sowie 60 Jahre je Pflegegrad (PG 2–5) je Kreis; bezogen auf den Monat September
Anteil Demenz	AOK-Abrechnungsdaten 2021/22: Demenz-Diagnosen (ICD-10: F00, F01, F02, F03, F051, G231, G30, G310, G3182) aus 2022 oder 2021 abgerechneten Krankenhausaufhalten mit einer entsprechenden Haupt- oder Nebendiagnose oder eine entsprechende ambulant-ärztliche gesicherte Diagnose, die in mindestens zwei verschiedenen Quartalen dokumentiert war
Durchschnittlicher Elixhauser-Komorbiditätsindex (ungewichtet)	AOK-Abrechnungsdaten 2022: Diagnosen nach Elixhauser aus 2022 oder 2021 abgerechneten Krankenhausaufhalten mit einer entsprechenden Haupt- oder Nebendiagnose oder eine entsprechende ambulant-ärztliche gesicherte Diagnose, die in mindestens zwei verschiedenen Quartalen dokumentiert war. R-Paket comorbidity ungewichteter Elixhauser Score (Gasparini 2018)

**Tab. 1.2** (Fortsetzung)

Variable	Definition und Quelle
Anteil Pflegebedürftige mit Rentenversicherungsbeiträgen (Anteil mit Pflegepersonen nach § 44 SGB XI)	AOK-Abrechnungsdaten 2023: Aus Leistungsdaten: § 44 SGB XI Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen; Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 und höher sowie 60 Jahre und älter je Kreis; bezogen auf den Monat September
Haushaltsgröße	INKAR (2024): Personen je Haushalt. Quelle: Laufende Raumb Beobachtung des BBSR; Nexiga GmbH Marktdaten; Datenstand 2021
Regionstyp – ländliche Region (Referenzkategorie: Regionen mit Verstärkerungsansätzen und städtische Regionen)	BBSR (2023): Regionstyp 1 = Städtische Regionen 2 = Regionen mit Verstärkerungsansätzen (Agglomeration) 3 = Ländliche Regionen (Quelle: BBSR gemäß Stand Berichtsjahr des DESTATIS-Gebietsstandes)
Deprivationsindex	RKI (2019) (Quelle: ► <a href="https://github.com/robert-koch-institut/German_Index_of_Socioeconomic_Deprivation_GISD/blob/main/Readme.md">https://github.com/robert-koch-institut/German_Index_of_Socioeconomic_Deprivation_GISD/blob/main/Readme.md</a> (letzter Zugriff: 21.05.2024))
Anteil teilzeitbeschäftigte Frauen	INKAR (2024): Anteil der SV-beschäftigten Frauen am Arbeitsort (Teilzeit) an allen SV beschäftigten Frauen in %; Quelle: Laufende Raumb Beobachtung des BBSR; Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit; Datenstand 2022
Pflegeheimplätze	INKAR (2024): Verfügbare Plätze in Pflegeheimen je 10.000 Einwohner; Quelle: Laufende Raumb Beobachtung des BBSR; Pflegestatistik des Bundes und der Länder, Datenstand 2021
Abhängigenquote Alte/Altenquotient	INKAR (2024): Einwohner 65 Jahre und älter je 100 Einwohner im erwerbsfähigen Alter; Quelle: Laufende Raumb Beobachtung des BBSR; Fortschreibung des Bevölkerungsstandes des Bundes und der Länder, Datenstand 2022
Fortzugsrate	INKAR (2024): Fortzüge je 1.000 Einwohner; Quelle: Laufende Raumb Beobachtung des BBSR; Wanderungsstatistik des Bundes und der Länder, Datenstand 2022
Pflege-Report 2024	

## Literatur

- AOK-Bundesverband (2024) AOK-Positionen zur Weiterentwicklung der Pflege. <https://www.aok.de/pp/bv/pm/positionspapier-weiterentwicklung-pflege/>. Zugegriffen: 23. Aug. 2024
- Beckmann M, van den Bussche H, Glaeske G, Hoffmann F (2012) Geriatrietypische Morbiditätsmuster und Pflegebedürftigkeit bei Patienten mit Demenz. *Psychiatr Prax* 39(5):222–227
- Blüher S, Stein T, Schnitzer S, Schilling R, Grittner U, Kuhlmeier A (2021) Care dependency factors – analyses of assessment data from the Medical Service of German Statutory Health Insurance providers. *Dtsch Arztebl Int* 118:563–564. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0263>
- BMG (2024) „Soziale Pflegeversicherung Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden am 31.12.2023 – insgesamt“ und „Soziale Pflegeversicherung Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden am 31.12.2017 – insgesamt“. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/2023\\_Leistungsempfaenger-nach-Altersgruppen-und-Pflegegraden-insgesamt.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/2023_Leistungsempfaenger-nach-Altersgruppen-und-Pflegegraden-insgesamt.pdf). Zugegriffen: 23. Aug. 2024 ([https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/insgesamt\\_2017.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/insgesamt_2017.pdf))
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2023) Raumgliederungssystem des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)

- zum Gebietsstand 31.12.2022. <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumb Beobachtung/downloads/download-referenzen.html>. Zugegriffen: 26. Sept. 2024
- Deutscher Bundestag (2016) Bundestag Drucksache 18/10210 Siebter Altenbericht „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ und Stellungnahme der Bundesregierung. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/120144/2a5de459ec4984cb2f83739785c908d6/7-altenbericht-bundestagsdrucksache-data.pdf>. Zugegriffen: 15. Juni 2024
- Die Bundesregierung (2024) Bericht der Bundesregierung „Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen“. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht-Anlage\\_4-Position\\_der\\_ALS\\_der\\_Laender\\_zur\\_Investitionskostenfoerderung.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht-Anlage_4-Position_der_ALS_der_Laender_zur_Investitionskostenfoerderung.pdf). Zugegriffen: 15. Juni 2024 (Anlage 4 – Gemeinsames Positionspapier der Länder-Abteilungsleitungen „Pflege“ betr. Investitionskosten)
- Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RM (1998) Comorbidity measures for use with administrative data. *Med Care* 36:8–27
- Gasparini A (2018) comorbidity: An R package for computing comorbidity scores. *JOSS* 3:648. <https://doi.org/10.21105/joss.00648>
- Geyer et al (2021) Pflegebedürftigkeit hängt von der sozialen Stellung ab. *DIW Wochenbericht* 44:727–734. [https://www.diw.de/de/diw\\_01.c.827699.de/publikationen/wochenberichte/2021\\_44\\_1/pflegebeduerftigkeit\\_haengt\\_von\\_der\\_sozialen\\_stellung\\_ab.html](https://www.diw.de/de/diw_01.c.827699.de/publikationen/wochenberichte/2021_44_1/pflegebeduerftigkeit_haengt_von_der_sozialen_stellung_ab.html). Zugegriffen: 18. Sept. 2024
- Greß S, Jacobs K (2021) Regionale Sicherstellung der Pflegeversorgung. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2021*. Springer, Berlin Heidelberg, S 185–194 [https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2\\_13](https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2_13)
- Haeger C, Baldenius T, Schnitzer S, Jürchott K, Kuhlmeier A, Blüher S, Schwinger A (2024) Charakteristika von Antragstellenden bei erstmaliger Feststellung einer Pflegebedürftigkeit – eine bundesweite Analyse von Pflegebegutachtungen von AOK-Versicherten ab 60 Jahren (im Erscheinen)
- Hajek A, Brettschneider C, Ernst A et al (2017) Einflussfaktoren auf die Pflegebedürftigkeit im Längsschnitt. *Gesundheitswesen* 79(2):73–79
- Igl G (2021) Zur Diskussion um die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege und der rechtlichen Maßnahmen hierfür. In: Darmann-Finck I, Mertesacker H (Hrsg) *Pflegerische Versorgung alter Menschen*. Peter Lang, Berlin, S 163–179
- INKAR (2024) Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. INKAR. Ausgabe 2024. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR), Bonn
- Michalski N, Reis M, Tetzlaff F, Herber M, Kroll LE, Hövener C, Nowossadeck E, Hoebel J (2022) German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele. *J Health Monit* 7(S5):2–24. <https://doi.org/10.25646/10640>
- Michalski N, Soliman O, Reis M, Tetzlaff F, Nowossadeck E, Hoebel J (2024) German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD). Zenodo, Berlin <https://doi.org/10.5281/zenodo.10457716>
- Pfundstein T, Bemsch M (2020) Vom Markt und den Sorgen – sollen individuelle Pflegeleistungen kommunal gesteuert werden? In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2020*. Springer, Berlin Heidelberg, S 149–163 [https://doi.org/10.1007/978-3-662-61362-7\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-662-61362-7_10)
- Quan H, Sundararajan V, Halfon P, Fong A, Burnand B, Luthi JC, Saunders LD, Beck CA, Feasby TE, Ghali WA (2005) Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *Med Care* 43(11):1130–1139. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000182534.19832.83>
- Schneider A, Blüher S, Grittner U, Anton V, Schaeffner E, Ebert N, Jakob O, Martus P, Kuhlmeier A, Wenning V, Schnitzer S (2020) Is there an association between social determinants and care dependency risk? A multi-state model analysis of a longitudinal study. *Res Nurs Health* 43(3):230–240. <https://doi.org/10.1002/nur.22022>
- Schwinger A, Jürchott K, Tsiasioti C, Matz S, Behrendt S (2023) Epidemiologie der Pflege: Prävalenz und Inanspruchnahme sowie die gesundheitliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland [Epidemiology of long-term care: prevalence and utilisation as well as the healthcare of long-term care recipients in Germany]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 66(5):479–489. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03693-5>
- Tsiasioti C, Behrendt S, Jürchott K, Schwinger A (2019) Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2019*. Schwerpunkt: Mehr Personal in der Langzeitpflege – Aber woher? Springer, Heidelberg, S 257–311
- Wiedenmann K (2017) *Gesundheitssituation pflegebedürftiger Senioren und Seniorinnen in Privathaushalten*. Friedrich-Alexander-Universität, Erlangen-Nürnberg (Dissertation)

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# Caring Communities: Vision und Handlungsbedarfe

*Irmelind Kirchner*

## Inhaltsverzeichnis

- 2.1 Einführung – 29**
  - 2.1.1 Zum Hintergrund der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung und den Herausforderungen der demographischen Entwicklung – 29
  - 2.1.2 Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege – 30
  - 2.1.3 Siebter Altenbericht „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune“ und weitere Berichte als Grundlage für Caring Communities – 31
  
- 2.2 Regionale Verortung von Angebotsentwicklung und -steuerung – 31**
  - 2.2.1 Status quo der länderindividuellen Regelungen zu Pflegestrukturplanung – 31
  - 2.2.2 Marktprinzip und Kontrahierungszwang – 34
  
- 2.3 Sozialraumentwicklung und Quartiersentwicklung – 35**
  
- 2.4 Ansätze einer gemeinsamen Steuerung der Sorgestruktur vor Ort – 36**
  - 2.4.1 Pflegeinfrastrukturplanung als Teil einer integrierten Sozialplanung – 36
  - 2.4.2 Weiterentwicklung der Pflegeinfrastrukturplanung hin zu einer Sorgestrukturplanung – 36

2.4.3    Rechtlicher Änderungsbedarf zur Ermöglichung  
          einer gemeinsamen Steuerung und zum Aufbau  
          notwendiger Strukturen – 38

2.5      **Weitere wichtige Ansätze zur Unterstützung  
          und Selbstorganisation – 38**

2.6      **Fazit – 39**

**Literatur – 40**

### ■ Zusammenfassung

*Der demographische Wandel bringt gerade für den Bereich der Pflege große Herausforderungen mit sich. Die geburtenstarke Generation der Babyboomer wird auch mit dem Älterwerden die Gesellschaft stark beeinflussen: Einerseits wird ihr Ausscheiden aus dem regulären Arbeitsleben das Angebot an Arbeitskräften verringern, andererseits birgt sie ein hohes Potenzial an Kraft und Engagement für die Gestaltung des Lebens vor Ort, einschließlich der Übernahme von Sorge- und Pflegeaufgaben. Ein funktionierendes Zusammenspiel aller Beteiligten mit aktiver Einbindung der Bürgerinnen und Bürger bei Fragen von Unterstützung und Pflege wird als Verwirklichung von „Caring Community“ bezeichnet. Die Verbesserung der Organisation von Teilhabe, Unterstützung und Pflege vor Ort steht schon länger im Fokus der fachpolitischen Diskussion. Wesentlich ist eine Stärkung der Rolle der Kommunen, wobei der Blick weiter gefasst werden muss als nur dort anzusetzen, wo Leistungen der Pflegeversicherung greifen. Die Rahmenbedingungen für die Aufgaben und Verantwortung der Kommunen werden durch die Landesgesetzgebung mehr beeinflusst als durch die Bundesgesetzgebung. Der Beitrag zeigt die erheblichen Unterschiede zwischen den Bundesländern in der Ausgestaltung der Pflegeinfrastrukturplanung auf. Es werden Überlegungen angestellt, wie durch Verzahnung einer verpflichtenden kommunalen Pflegeinfrastrukturplanung mit den Zulassungsvoraussetzungen der Pflegeversicherung eine bessere Steuerung vor Ort und ein Aufbau von unterstützenden Strukturen erzielt werden kann. Es werden Hinweise für die Quartiersentwicklung in Verbindung mit einer integrierten Sozialplanung gegeben und die Möglichkeiten des freiwilligen Engagements und seine Unterstützung in den Blick genommen.*

*Demographic change poses major challenges for the care sector in particular. The baby boomer generation will continue to have a major impact on society as they grow older: on the one hand, their retirement from regular*

*working life will reduce the supply of labour; on the other hand, they harbour great potential for shaping life locally, including in caring and supporting roles. Achieving the active participation of citizens in the organisation and processes of support and care with all the relevant actors working together is regarded as the manifestation of a “Caring Community”. Improving the organisation of local participation, support and care has long been the focus of political debate. It is essential to strengthen the role of local authorities, whereby the focus must be broader than just concentrating on care as defined by services provided through long-term care insurance. The framework conditions for the tasks and responsibilities of local authorities are influenced more by state legislation than by federal legislation. The article shows the considerable differences between the federal states in the organisation of care infrastructure planning. It considers how better local control can be achieved by dovetailing mandatory local care infrastructure planning with the structural requirements for market participation through the long-term care insurance law. It also looks at methods of neighbourhood development in connection with integrated social planning and emphasises the possibilities for voluntary work and the need to support this.*

## 2.1 Einführung

### 2.1.1 Zum Hintergrund der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung und den Herausforderungen der demographischen Entwicklung

Im Jahr 2025 wird die Soziale Pflegeversicherung als fünfter und jüngster Zweig der Sozialversicherung ihr dreißigstes Jubiläum feiern. Die Einführung des SGB XI führte dazu, dass wesentliche Kompetenzen im Bereich der Langzeitpflege auf Bund und Länder verlagert

wurden, mit der Folge, dass sich ein Großteil der Kommunen aus dem Handlungsfeld Pflege zurückgezogen hat (Plazek und Schnitger 2016).

Hinzu kommt die demographische Entwicklung mit ihren verschiedenen Facetten. Die geburtenstarken Jahrgänge, oft auch als „Babyboomer“ bezeichnet, werden ab 2030 vermehrt aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Als Kern der Babyboomer gelten zumeist die Jahrgänge von 1955 bis 1964, oft werden auch die Jahrgänge bis 1970 mit einbezogen (Haist et al. 2022). Unter der Annahme, dass mit dem Erreichen des gesetzlich normierten Renteneintrittsalters eine Aufgabe von regulären Beschäftigungsverhältnissen verbunden ist, würden bis 2035 jedes Jahr zwischen einer und 1,4 Mio. Menschen aus dem Erwerbsleben ausscheiden (ebd.). Dies hat einerseits Auswirkungen auf das Erwerbspersonenpotenzial, das somit sinkt. Alle Branchen werden um Fachkräfte konkurrieren: Ein Mangel wird sich nicht nur auf Pflegeberufe beschränken. Die Zahl der Menschen, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, steigt jedes Jahr an und überschritt im Jahr 2022 bereits die Fünf-Millionen-Marke.

Die beschriebenen Entwicklungen stellen die Gesellschaft vor immense Herausforderungen. Wie kann die Langzeitpflege so organisiert werden, dass auch in Zukunft unter den Bedingungen einer stetig wachsenden Zahl älterer und alter Menschen und einem sinkenden Erwerbspersonenpotenzial ein gutes Leben gelingt? Wie kann die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Pflegebedarf, gleich ob jung oder alt, und von Menschen mit Sorgenaufgaben sichergestellt werden? Pflege hat einen starken Ortsbezug. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass der Aktionsradius sich mit dem Alter verkleinert und die unmittelbare Wohnumgebung an Bedeutung gewinnt, je mehr Unterstützungsbedarfe und Mobilitätseinschränkungen vorhanden sind. Das Ziel einer gelingenden Pflege unter Berücksichtigung des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs liegt in der Befähigung des einzelnen Menschen, auch

mit Einschränkungen ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Pflege muss dort stattfinden, wo Menschen wohnen und leben. Die Städte und Gemeinden als Ausdruck der demokratischen Selbstverwaltung und als erste Ebene staatlicher Organisation sind einerseits die Orte, an denen das Leben sich in materieller und sozialer Hinsicht abspielt, sie bieten aber auch die Möglichkeit, die Lebensbedingungen vor Ort mitzugestalten. Sie haben daher eine besondere Verantwortung für die Realisierung der Daseinsvorsorge als Ganzes – anders ausgedrückt: Hier ist der Ort, an dem sich abstrakte Politik in alltägliche Lebenspraxis wandelt (Pfundstein und Bensch 2020).

### 2.1.2 Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege

Die im Jahr 2014 etablierte Bund-Länder-AG legte 2015 konkrete Empfehlungen vor, wie mehr Steuerungsmöglichkeiten und Einfluss auf kommunaler Ebene (wieder-)zu gewinnen wären. Einige Maßnahmen wurden auch gesetzlich umgesetzt, u. a. die Möglichkeit, Beratungsbesuche in der Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI auch durch kommunale Beratungspersonen (§ 37 Abs. 8 SGB XI) durchzuführen, sowie die Verankerung von Verträgen auf Landesebene zur Zusammenarbeit in der Beratung (§ 7a Abs. 7 SGB XI). Für Verträge zur Zusammenarbeit in der Beratung gibt es außerhalb der Vereinbarungen zu Pflegestützpunkten jedoch bis dato keine Beispiele, auch wurden keine Modellkommunen zur Stärkung der Beratung in der Pflege verwirklicht.

Auch der wesentliche Ansatz zu einer gemeinsamen Pflegestrukturplanung über eine kooperative Planungsverpflichtung für Kommunen und Pflegekassen (BMG 2015) konnte bislang nicht eingelöst werden. Die Möglichkeit, regionale Pflegekonferenzen einzurichten, wurde bisher nicht in allen Bundesländern landesrechtlich umgesetzt.

### 2.1.3 Siebter Altenbericht „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune“ und weitere Berichte als Grundlage für Caring Communities

Ebenfalls 2015 legte die Siebte Altenberichts-kommission ihren Bericht zu „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ (Deutscher Bundestag 2016) vor, der die Verantwortung der verschiedenen Akteure eingehend beschrieb, insbesondere die Dimension der Daseinsvorsorge auf kommunaler Ebene einordnete und sich ausführlich mit den Handlungsfeldern auseinandersetzte. Der Siebte Altenbericht hat ein Leitbild für eine integrierte Entwicklung vorgelegt, auf dessen Grundlage eine Gestaltung der Langzeitpflege und ihrer vielfältigen Beteiligten – Bund, Länder, Kommunen, Kranken- und Pflegekassen, Medizinische Dienste, Wohlfahrtsverbände, kommerzielle Anbieter von Pflege- und Unterstützungsleistungen, engagierte Bürger verschiedener Altersgruppen, pflegebedürftige Menschen und ihre An- und Zugehörigen – denkbar ist. Das dort beschriebene Zielbild der Schaffung von Sorgestrukturen vor Ort im kleinräumigen Sozialraum, das mit einer deutlichen Stärkung der Rolle der Kommune sowie des bürgerschaftlichen Engagements verbunden ist, wird im Folgenden als Caring Communities bezeichnet und deren Voraussetzungen und Elemente hin zur Verwirklichung werden skizziert. Sowohl im Siebten Altenbericht, im Zweiten Engagementbericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2017 als auch in der fortlaufenden Demographiestrategie der Bundesregierung wird der Begriff Caring Community (zum Teil auch synonym mit dem Begriff Sorgende Gemeinschaft) aufgegriffen. Es geht um das Konzept, in geteilter Verantwortung Sorgeaufgaben zu erbringen und Mit- und Eigenverantwortung für sich und andere in der Gemeinschaft zu übernehmen. Die Sorgefähigkeit der Gesellschaft kann in Zukunft nicht allein durch professionelle Dienstleister oder

den Staat gewährleistet werden, sondern wird ganz wesentlich auf die eigenständige Leistung der Bürgerschaft angewiesen sein (Kremer-Preiß 2021).

## 2.2 Regionale Verortung von Angebotsentwicklung und -steuerung

Im System der Pflegeversicherung ist die Verantwortung für die Versorgung auf mehrere Akteure verteilt. Laut § 9 SGB XI kommt den Ländern die Verantwortung zur Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur zu. Entsprechende Bestimmungen zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen trifft das Landesrecht. Die Regelungen für eine Pflegestrukturplanung, auch als Pflegebedarfsplanung bezeichnet, sind in den Ländern unterschiedlich ausgestaltet: Die Bandbreite reicht von einer Pflichtaufgabe, die durch die Landesebene wahrgenommen wird, über eine freiwillige Aufgabe der Kommune bis hin zu fehlender landesgesetzlicher Grundlage.

### 2.2.1 Status quo der länderindividuellen Regelungen zu Pflegestrukturplanung

In [Tab. 2.1](#) werden die Regelungen zur rechtlichen Verankerung von Pflegestrukturplanung und die an der Planung Beteiligten in den Bundesländern in Kurzform dargestellt.

Bei den Dokumenten, die als Ergebnis einer Pflegestruktur- oder Pflegebedarfsplanung vorgelegt werden, handelt es sich zumeist um eine Bestandserhebung und Darstellung der Ist-Situation sowie Hochrechnungen zur erwarteten Entwicklung der Zahlen von Pflegebedürftigen. Oft bezieht sich die Pflegeberichterstattung und Pflegestrukturplanung hauptsächlich auf die (teil-)stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen der professionellen

**Tab. 2.1** Landesrechtliche Grundlagen der Pflegestrukturplanung (ergänzt auf Grundlage von Braeseke et al. 2021)

Bundesland	Inhaltliche Ausprägung	Gesetzliche und untergesetzliche Regelungen
Baden-Württemberg	Landespflegeausschuss; Stadt- und Landkreise erstellen Kreispflegepläne zu Bestand und Bedarf sowie Maßnahmen zur Bedarfsdeckung; Möglichkeit zur Einrichtung kommunaler Pflegekonferenzen	Landespflegegesetz – LPfG, § 4 Kreispflegeplanung; Landespflegestrukturgesetz (LPSG) § 4 Kommunale Pflegekonferenzen
Bayern	Landespflegeausschuss; Hinwirkungsverpflichtung zur Bereitstellung bedarfsgerechter Strukturen; Landkreise und kreisfreie Städte erstellen seniorenpolitische Gesamtkonzepte; Möglichkeit zur Einrichtung kommunaler Pflegekonferenzen	Gesetz zur Umsetzung der Sozialgesetzbücher (AGSG), Teil 9 Vorschriften für den Bereich des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung, § 69 (Seniorenpolitisches Gesamtkonzept); Verordnung zur Ausführung der Sozialgesetze (AVSG), § 49 Pflegekonferenzen
Berlin	Landespflegeausschuss; Landespflegeplan; Bezirke haben keine eigenen Planungskompetenzen; es können bezirkliche Seniorenvertretungen eingerichtet werden	Landespflegeeinrichtungsgesetz (LPflegEG) § 2; Berliner Seniorenmitwirkungsgesetz § 3a; Bezirkliche Seniorenvertretungen
Brandenburg	Brandenburger Steuerungskreis Pflege (als Landespflegeausschuss); Land ist für Monitoring und Berichterstattung verantwortlich; Möglichkeit zur Einrichtung kommunaler Pflegekonferenzen	Landespflegegesetz (LPflegeG) § 3; auf Ebene der Landkreise/kreisfreien Städte Zusammenarbeit in „geeigneten Strukturen“ § 4
Bremen	Landespflegeausschuss seit 2021, gibt Pflegeinfrastrukturempfehlungen; für die Stadt Bremen liegt ein Pflegeinfrastrukturbericht vor (2015); Erster Landespflegebericht für Bremen und Bremerhaven 2023	Verordnung über die Einrichtung eines Landespflegeausschusses nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch
Hamburg	Landespflegeausschuss; Erstellung Landesrahmenplan; Pflegekonferenzen in den Bezirken können eingerichtet werden; Landes-Seniorenbeirat und Bezirks-Seniorenbeiräte	Hamburgisches Landespflegegesetz (HmbLPG) § 2; Landespflegeausschussverordnung (LPAVO); Hamburgisches Seniorenmitwirkungsgesetz (HmbSenMitwG) § 3
Hessen	Landespflegeausschuss; Erstellung Rahmenplan ( <i>lange nicht aktualisiert, erstmals 2023 Hessischer Pflegebericht</i> )	VO über den Landespflegeausschuss nach § 92 Abs. 4 SGB XI; Kommunen können Altenhilfeplanung erstellen
Mecklenburg-Vorpommern	Landespflegeausschuss; erstellt Landesrahmenplan auf Grundlage der Pflegeplanung der Landkreise und kreisfreien Städte; alle zwei Jahre Landespflegekonferenz zur Sicherstellung und qualitativen Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur; Landkreise und kreisfreie Städte erstellen kommunale Pflegesozialpläne, können regionale Pflegeausschüsse einrichten; Landesseniorenbeirat	Landespflegegesetz (LPflegeG M-V) § 5 ff.; Landesseniorenbeirat: Seniorenmitwirkungsgesetz M-V (SenMitwG M-V) § 5

**Tab. 2.1** (Fortsetzung)

Bundesland	Inhaltliche Ausprägung	Gesetzliche und untergesetzliche Regelungen
Niedersachsen	Landespflegeausschuss; Erstellung Landespflegebericht; Landkreise und kreisfreie Städte erstellen Pflegeberichte; Soll-Bestimmung zur Einrichtung örtlicher Pflegekonferenzen	Niedersächsisches Pflegegesetz (NPflegeG): § 2 ff.
Nordrhein-Westfalen	Landespflegeausschuss; Landesförderplan auf Landesebene, beruht auf Bericht zur Lage der Älteren, Landkreise und kreisfreie Städte erstellen örtliche Pflegeplanungen (alle zwei Jahre), Kommunale Konferenzen Alter und Pflege	Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW) § 7 ff. Landesförderplan § 19 Bericht zur Lage der Älteren § 20
Rheinland-Pfalz	Landespflegeausschuss; Landkreise und kreisfreie Städte erstellen Pflegestrukturpläne als Pflichtaufgabe; Errichtung einer Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestrukturplanung; verpflichtende regionale Pflegekonferenzen	Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASG) §§ 3 ff.; Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASGDVO) § 2 Landesarbeitsgemeinschaft
Saarland	Landespflegeausschuss; Landespflegeplan in Abstimmung mit Landespflegeausschuss und unter Einbeziehung der Landkreise sowie des Regionalverbands Saarbrücken (alle 5 Jahre)	Saarländisches Pflegegesetz (SPflegeG) § 3
Sachsen	Landespflegeausschuss	Pflegeausschussverordnung
Sachsen-Anhalt	Landespflegeausschuss; sektorenübergreifender Landespflegeausschuss (seit 2017); Pflegekonzeption des Landes als Rahmenplan; Landkreise und kreisfreie Städte erstellen Analyse der Pflegestruktur	Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeV-AG) § 4 Pflegestrukturanalyse
Schleswig-Holstein	Landespflegeausschuss; Land formuliert Zielsetzungen und Leitvorstellungen, erstellt Bedarfspläne für landesunmittelbare Einrichtungen; Landkreise und kreisfreie Städte erstellen Bedarfspläne (ohne unmittelbare Rechtswirkung)	Landespflegegesetz (LPflegeG) § 4
Thüringen	Landespflegeausschuss; Land ist für Planung der (teil)stationären Versorgungsstruktur verantwortlich; Landkreise und kreisfreie Städte für Planung und Vorhaltung der ambulanten Versorgungsstruktur; Landesseniorenrat gebildet aus gewählten Seniorenbeauftragten der Landkreise und kreisfreie Städte; kommunale Seniorenbeiräte in Städten über 10.000 E (verpflichtend), in kleineren Städten sowie Landkreisen freiwillig	Thüringer Gesetz zur Ausführung des Pflegeversicherungsgesetzes (ThürAGPflegeVG) § 2; Thüringer Gesetz zur Stärkung der Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte von Senioren (ThürSenMitwBetG)

Pflege, zum Teil werden die Pflegeberatungsstrukturen, z. B. existierende Pflegestützpunkte, mit einbezogen. Ansätze wie die „Seniorenpolitischen Gesamtkonzepte“ in Bayern gehen darüber hinaus. Hier sollen nach dem Leitfaden zur Erstellung der „Seniorenpolitischen Gesamtkonzepte“ (StMAS 2010) elf Handlungsfelder adressiert werden. Auch andere Bundesländer haben Handlungshilfen und Leitfäden für die Kommunen zu Senioren- und Pflegeplanung erstellt (für eine Zusammenstellung siehe Braeseke et al. 2021), sodass eine Vielfalt von Ausprägungen existiert.

Direkte Konsequenzen ergeben sich aus solchen „Planungsdokumenten“ nicht, da es sich hier nicht um eine verbindliche Planung handelt. Theoretisch besteht die Möglichkeit für die Länder, auf der Grundlage von festgestellten Bedarfen bspw. Investitionsförderprogramme als Anreiz aufzusetzen, wobei deren Ausgestaltung durch die Rechtsprechung stark eingeschränkt wurde. Eine plangesteuerte, bedarfsabhängige Förderung einzelner Pflegeeinrichtungen sei nicht möglich, denn dies führe zu Wettbewerbsverzerrung (Waldhoff 2012). Die Ansätze der Investitionsförderung divergieren in den Bundesländern erheblich: Ein Pflegewohngeld als Subjektförderung, das an bestimmte Voraussetzungen in Bezug auf Einkommens- und Vermögensverhältnisse geknüpft ist, existiert in Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein. Die Mehrzahl der Länder führt eine Objektförderung durch (Ochmann und Braeseke 2024). Auch die Landespflegeausschüsse nach § 8a Abs. 1 SGB XI, die Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgung abgeben können, sind zum derzeitigen Zeitpunkt letztendlich nicht mehr als informelle Gremien. Ihre Rolle als Medium des Informationsaustauschs und der Vernetzung ist keineswegs gering zu schätzen, jedoch kommt den von ihnen ausgesprochenen Empfehlungen keine Bindungswirkung zu und bislang spielen sie im Hinblick auf Strukturaufbau keine wahrnehmbare Rolle.

## 2.2.2 Marktprinzip und Kontrahierungszwang

Nach den Formulierungen im SGB XI obliegt den Ländern die Bereitstellung der pflegerischen Versorgungsstruktur, den Pflegekassen darauf aufbauend die Verantwortung für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten (§ 12 SGB XI) und die konkrete Ausgestaltung mit der Verpflichtung, eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung über den Abschluss von Versorgungsverträgen und Vergütungsvereinbarungen zu gewährleisten (§ 69 SGB XI). Hieraus ergeben sich zwei Unschärfen oder Reibungspunkte. Dies ist einerseits die „Zuständigkeits- und Verantwortungsdiffusion“ (Greß und Jacobs 2021), die sich aus den §§ 8, 8a, 9 und 12 SGB XI ergibt, da in diesen rechtlichen Formulierungen die Aufgabenzuweisung an die Akteure, die zur Zusammenarbeit aufgerufen sind, mit Unklarheiten verbunden ist. Zum zweiten haben die Landesverbände der Pflegekassen beim Abschluss von Versorgungsverträgen keine Auswahlmöglichkeit: Wenn Pflegeeinrichtungen die Anforderungen erfüllen, die in §§ 71 und 72 SGB XI festgelegt sind, haben sie einen Anspruch auf den Abschluss eines Versorgungsvertrags – es besteht also de facto ein Kontrahierungszwang für die Landesverbände der Pflegekassen. Das Pflegeversicherungsrecht stellt auf das Prinzip der Trägervielfalt ab. Die Verwirklichung dieser Vielfalt beruht auf Marktöffnung und Wettbewerb. Im Umkehrschluss ergibt sich daraus, dass die Konstellation eines Unterangebots im „rechtlich-faktischen Zuständigkeitsregime“ gar nicht vorgesehen zu sein scheint (Greß und Jacobs 2021). Die Entwicklungen der letzten Jahre deuten gerade bei teilstationären Angeboten der Tages- und Nachtpflege, aber auch bei vollstationärer Langzeit- und Kurzzeitpflege sowie bei den Kapazitäten der Pflegedienste auf einen Mangel hin. Diesen berichteten Mangel in belastbare Daten zu fassen, stellt eine Herausforderung dar,

zumal auch regional unterschiedliche Bedarfe und Präferenzen vorliegen. Auch aus diesem Grund muss eine Bedarfsermittlung für definierte Räume (geographische und bevölkerungsbezogene Einheiten) entwickelt werden, die über die Kalkulation des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen hinausgeht und auch Unterstützungsstrukturen für die häusliche Pflege – jeweils regional und unter Einbeziehung der Menschen vor Ort – einbezieht.

### 2.3 Sozialraumentwicklung und Quartiersentwicklung

Es geht also darum, Pflege und Unterstützung im Sozialraum zu organisieren, aber was ist darunter zu verstehen? Der Begriff des „Sozialraums“ hat mehrere Dimensionen. Dies sind einerseits der politisch-administrative Raum als Stadtplanungs- und Verwaltungskategorie und andererseits der Erfahrungs- und Verhaltensraum, in dem die lebensweltlichen Nutzungsweisen und -beziehungen der dort lebenden Menschen realisiert werden (siehe u. a. Van Rieën et al. 2018; BAGFW 2015).

Als territoriale Gebietskörperschaften haben die Kommunen eine wesentliche Rolle in der Stadt- und Raumplanung. In der Verbindung der raumordnerischen Aspekte und somit der Gestaltung der physischen Umgebung mit der Entwicklung des Erfahrungs- und Gestaltungsraums der dort lebenden und arbeitenden Menschen liegt die Aufgabe der Sozialraumentwicklung.

Bei der Quartiersentwicklung handelt es sich um eine kleinräumige Betrachtung, also um die Gestaltung der sozialen Nahräume (Kremer-Preiß und Bahr 2018). Ursprünglich kommt der Begriff „Quartier“ aus dem Französischen und bedeutet dort ein von Straßen begrenztes kleines Areal innerhalb einer Stadt, die städtische Nachbarschaft also. Im deutschen Kontext hat sich die Bedeutung des Begriffs erweitert, denn die Idee einer kleinräumigen Aufteilung eines Gebiets in Quartiere kann genauso auch auf ländliche Bereiche angewendet werden. Es spricht aber auch

nichts dagegen, den Präferenzen der Akteure zu folgen und von Dorfentwicklung zu sprechen, es bedarf keiner Vereinheitlichung. Auch wird der Begriff von verschiedenen Akteuren mit unterschiedlichem Hintergrund und unterschiedlicher Intention genutzt, da viele Akteure an der Gestaltung des örtlichen Nahraums und den sich dort abspielenden Aktivitäten beteiligt sind. Dies sind neben der Kommune auch Akteure der Wohnungswirtschaft, ebenso wie die vielfältigen Akteure der Sozialwirtschaft und als vierte Akteursgruppe die Bürgerschaft (Scholze et al. 2014). Im Zusammenhang mit den Bestrebungen zur Entwicklung alter(n)sgerechter Quartiere, die für alle Menschen Möglichkeiten der Teilhabe und der Verwirklichung selbstbestimmten Lebens bieten, gestalten im Idealfall diese Akteure über die Bildung von Netzwerken in den Quartieren die sozialen Nahräume, um so das Ziel einer Caring Community zu verwirklichen.

Ein weiterer Aspekt in der Quartiersentwicklung und zur Aufrechterhaltung bereits funktionierender Zusammenarbeit ist die Etablierung einer physischen Anlaufstelle für die Quartiersentwicklung bzw. das Quartiersmanagement. Es sind hier verschiedene Varianten denkbar. Im Bereich der Quartiersentwicklung im Rahmen der Städtebauförderungsprogramme „Soziale Stadt“ (bis 2020) und aktuell „Sozialer Zusammenhalt – Zusammenleben im Quartier gemeinsam gestalten“ haben sich bereits Quartiersbüros etabliert; hier ist eine Anknüpfung für altern(s)gerechte Quartiersentwicklung und Ansätze im Umfeld der Langzeitpflege denkbar und möglich. Dies bedeutet zugleich, sozial benachteiligte Standorte in den Blick zu nehmen, denn diese bilden den Fokus der Städtebauförderungsprogramme. Ähnlich wäre die Anbindung an vom BMFSFJ geförderte Mehrgenerationenhäuser, von denen es bundesweit inzwischen ca. 530 gibt (BMFSFJ 2022). Diese bieten den Vorteil, nicht nur in städtischen Regionen, sondern auch in ländlichen Gebieten vorhanden zu sein. Im ländlichen Raum bildet die ältere Bevölkerung oft jetzt schon einen Fokus der Arbeit in den Mehrgenerationenhäusern.

Ein anderes Vorgehen hingegen wäre die Etablierung von Pflegekompetenzzentren, die je nach Quartier oder Region eigene Schwerpunkte setzen könnten. Diese wiederum könnten auch über die Erweiterung anderer Strukturen, beispielsweise Pflegestützpunkte oder Gesundheitszentren, entwickelt werden. Dreh- und Angelpunkt der Quartiersentwicklung und von vernetzten Systemen vor Ort sind „Kümmerer“, die vor allem die Vernetzungsarbeit leisten. Ihre Bezeichnungen, Rollen und Aufgaben können variieren und sind abhängig von den Bedingungen und Absprachen vor Ort zu gestalten (Kremer-Preiß und Bahr 2018).

Als internationales Beispiel einer solchen Vorgehensweise können die Community Comprehensive Support Center in Japan gelten, die im Rahmen des Ansatzes des Community-based Integrated Care Systems (in etwa: System der integrierten Nachbarschaftspflege) etabliert werden und die für das Case Management der älteren Einwohner und auch das Care Management vor Ort zuständig sind. Basis ist die Aufteilung des Landes in einwohnerbezogene Einheiten von 20.000 bis 30.000 Einwohnern, die den Einzugsgebieten der Höheren Schulen (senior high schools) entsprechen. Je Einheit ist ein Community Comprehensive Support Center zu errichten, wobei auch Zweigstellen gebildet werden können. Im Jahr 2020 existierten diese Center an 5.222 Orten (JICA 2022).

## 2.4 Ansätze einer gemeinsamen Steuerung der Sorgestruktur vor Ort

---

Der Siebte Altenbericht sieht die Kommunen als wesentlich in der Gestaltung und Organisation der Hilfen vor Ort. Für die Umsetzung dieser Zielvorstellung bedarf es einer engeren Verzahnung von Kranken- und Pflegekassen mit den Kommunen zur gemeinsamen Planung und Steuerung.

### 2.4.1 Pflegeinfrastrukturplanung als Teil einer integrierten Sozialplanung

---

Für eine bedarfsgerechte Ausgestaltung einer Pflegeinfrastrukturplanung ist ein systematisches und kontinuierliches Monitoring durchzuführen, das die vorhandene Infrastruktur und die Bedarfsentwicklung abbildet. Die bei den Kranken- und Pflegekassen vorhandenen Routinedaten zu ihren Versicherten können Bevölkerungsstatistiken ergänzen und zu praktisch nutzbaren Planungsdokumenten beitragen. Über digitale Plattformen sind Datentransfers als Routine möglich und verschaffen Kommunen Zugriff. Als ein Beispiel, wie dies bereits realisiert wird, ist die Plattform SAHRA – Smart Analysis Health Research Access zu nennen. Diese ist aus einem Leuchtturmprojekt des Ministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi) hervorgegangen. Die AOK Nordost stellt über diese Plattform Daten zur Verfügung, die bspw. von der Fachstelle Altern und Pflege im Quartier (FAPIQ) des Landes Brandenburg zur Erstellung von Pflegedossiers für jede brandenburgische Gemeinde genutzt werden.

Auf solchen fundierten Grundlagen ist eine integrierte Sozialplanung möglich, die Gesundheitsförderung und Prävention sowie medizinische Primärversorgung ebenso in den Blick nimmt wie Pflegebedarfsplanung.

### 2.4.2 Weiterentwicklung der Pflegeinfrastrukturplanung hin zu einer Sorgestrukturplanung

---

Pflege und Unterstützung in Quartiersstrukturen zu denken ergibt sich als unmittelbar logische Folgerung, wenn die Bedarfe und Bedürfnisse der Menschen in ihrem Lebensraum in den Mittelpunkt gestellt werden. Der Begriff der Sorgestrukturen zielt darauf, nicht nur

**Tab. 2.2** Handreichung für die kommunale Pflegestrukturplanung (Quelle: Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung beim LSJV 2021, S. 20)

Schnittstellenkompetenz „Gesundheitsversorgung und Prävention“	Kernkompetenz „Pflege und Sorge“	Schnittstellenkompetenz „Wohnen und Wohnumfeld“
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ambulante Medizinische Versorgung</li> <li>– Stationäre medizinische Versorgung</li> <li>– Therapie</li> <li>– Apotheken</li> <li>– Prävention</li> <li>– Hospiz- und Palliativversorgung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Familienpflege</li> <li>– Ambulante Pflege</li> <li>– Stationäre und teilstationäre Pflege</li> <li>– Hauswirtschaft</li> <li>– Unterstützung im Alltag</li> <li>– Beratung</li> <li>– Aufsuchende Arbeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Barrierefreies Wohnen</li> <li>– Günstiges Wohnen/Wohnen zur Miete</li> <li>– Wohnen mit Dienstleistung</li> <li>– Quartiersmanagement</li> <li>– Wohn-Pflege-Gemeinschaften</li> <li>– Gemeinschaftliches Wohnen und Wohnprojekte</li> <li>– Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen</li> </ul>
<b>Sozialraum (fließende Übergänge zwischen Wohnen und Dienstleistung)</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Engagement, Ehrenamt</li> <li>– Selbsthilfe</li> <li>– Dienstleistungen aus Bürgerhand</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nachbarschaft(shilfe)</li> <li>– Netzwerke</li> </ul>
Pflege-Report 2024		

professionelle Pflegeleistungserbringer in den Blick zu nehmen, sondern auch ehrenamtliche Netzwerke und Nachbarn mit einzubeziehen. Somit liegen die Begrifflichkeiten „Sorgestrukturplanung“ und „Quartiersentwicklung“ eng beieinander, wobei letztere den Aspekt dynamischer Prozesse und fortlaufenden Engagements beinhaltet (Kremer-Preiß und Bahr 2018), während der Begriff der Sorgestrukturplanung eher die vorausschauende, planende Tätigkeit in den Blick nimmt. Um ineinandergreifende lokale Unterstützungs- und Pflegestrukturen zu schaffen, sind Auswertungen des Case Managements (beispielsweise Erkenntnisse aus Pflegebegutachtungen des Medizinischen Dienstes oder der Pflegeberatung) relevant für die Etablierung von Care Management innerhalb eines Quartiers. Diese Verknüpfung wird auch im Ansatz der „Subjektorientierten Qualitätssicherung“ angestrebt, in dem es sowohl um die Unterstützung der Angehörigenpflege in häuslichen Settings geht (als

Case Management) als auch darum, diese Erkenntnisse in die Entwicklung der Strukturen und Netzwerkarbeit vor Ort einzubeziehen (Care Management) (Büscher und Klie 2023).

Das Land Rheinland-Pfalz hat eine Handreichung für die Pflegestrukturplanung der Kommunen entwickelt, in der die Kernkompetenz „Pflege und Sorge“ mit Schnittstellenkompetenzen für die Bereiche „Gesundheitsversorgung und Prävention“ sowie „Wohnen und Wohnumfeld“ in Verbindung gesetzt wird und gleichzeitig übergreifend der Sozialraum mit einbezogen wird (Tab. 2.2).

Die übergreifende Betrachtung und das Hinwirken auf die notwendigen Strukturen, wie sie in Tab. 2.2 dargestellt sind, stellen gleichzeitig die Herausforderung für die Kommunen in ihrer Sorgestrukturplanung dar sowie auch die Voraussetzung für das Gelingen der Vernetzung der Strukturen und Angebote im Quartier.

### 2.4.3 Rechtlicher Änderungsbedarf zur Ermöglichung einer gemeinsamen Steuerung und zum Aufbau notwendiger Strukturen

Einer gemeinsamen Steuerung der Sorgestruktur für Teilhabe und Pflege im Quartier liegt die Erkenntnis zugrunde, dass durch eine reine Marktorientierung die notwendigen Strukturen zur Ermöglichung und Unterstützung der häuslichen Pflege nicht entstehen können. Wenn den Gremien nach § 8a SGB XI landesrechtlich die Aufgabe zugewiesen wird, belastbare Parameter für eine notwendige pflegerische Versorgungsstruktur regional und überregional festzulegen (Klie et al. 2021), dann kann dies als Grundlage für die weiteren Prozesse auf kommunaler Ebene bzw. auf Quartiersebene dienen. Dort wird unter Einbeziehung der Akteure Kommune, Wohnungswirtschaft, Sozialwirtschaft und Bürgerschaft bzw. Einwohnerschaft auf der Grundlage einer Bestandserhebung ein gemeinsames Zielbild erarbeitet, welche Bedarfe adressiert werden und wie dies zu bewerkstelligen ist, einschließlich der Frage, welche weiteren Angebote ggf. noch geschaffen werden sollen. Dies entspricht auch dem Vorgehen einer integrierten und kooperativen Sozialplanung im Rahmen des Public Governance (Schubert 2019). Aus diesen Prozessen entsteht entsprechend eine Sorgestrukturplanung. Die Stadt Hannover ist auf diesem Weg bereits weit fortgeschritten. Die Seniorenplanung wird in einem partizipativen Prozess gemeinsam gestaltet, und sieht Quartierszentrenbildung in allen Stadtteilen vor (Landeshauptstadt Hannover, Senior\*innenplan 2021). Diese und andere Beispiele von quartiersbezogener Organisation der Langzeitpflege existieren bereits. Es geht darum, die Voraussetzungen zu schaffen, die gute Praxis für alle in die Umsetzung zu bringen.

Ebenfalls auf landesrechtlicher Ebene ist zu regeln, dass eine Pflegeinfrastrukturplanung für die Kommunen verpflichtend ist.

Wie gezeigt, ist die jetzige Ausprägung sehr heterogen. Während in den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen bereits die Voraussetzungen vorliegen, sind in anderen Bundesländern gesetzliche Anpassungen notwendig.

Ein weiterer Schritt ist die Berücksichtigung derartiger kommunaler Planungsprozesse bei der Zulassung von (ambulanten und stationären) Pflegeangeboten/-einrichtungen durch Anpassung der Zulassungsvorschriften im Bundesrecht. Unter der oben genannten Voraussetzung, dass regional und überregional belastbare Parameter für eine notwendige pflegerische Versorgungsstruktur vorliegen und diese der kommunalen Sorgestrukturplanung zugrunde liegen, können die kommunalen Sorgestrukturplanungen Berücksichtigung bei den Zulassungsentscheidungen der Pflegeversicherung gem. § 72 SGB XI finden (siehe Klie et al. 2021). Somit erlangen die Kommunen einen stärkeren Einfluss auf die örtliche Ansiedlung von Pflegeeinrichtungen. Für die Entwicklung neuer Angebote könnte perspektivisch ggf. ein Ausschreibungsprozess als Zulassungsgrundlage dienen. Die Beteiligten an der Sorgestrukturplanung würden die wesentlichen Bedingungen für die Ausschreibung zur Erbringung bestimmter Angebote festlegen. Die kommunale Infrastrukturplanung bzw. Sorgestrukturplanung und die Investitionskostenförderung des Landes müssen dabei ineinandergreifen.

## 2.5 Weitere wichtige Ansätze zur Unterstützung und Selbstorganisation

Die gesellschaftlichen Herausforderungen auf dem Gebiet der Langzeitpflege werden nicht allein durch professionelle Pflege gelöst werden können. Es bedarf ganzheitlicher Lösungsansätze, wobei der zukünftig betroffenen Generation der Babyboomer selbst eine wichtige Rolle zukommt. Diese Generation unterscheidet

det sich in Einigem von ihrer Elterngeneration. Ihre Lebenserwartung ist gestiegen: Für die im Jahr 1959 geborenen liegt sie bei 82 Jahren für Frauen und bei 75 Jahren für Männer. Für ihre 1935 geborenen Eltern hingegen lag die Lebenserwartung bei der Geburt noch bei 75 respektive 67 Jahren (Destatis 2017). Auch hat sich die eigene und die gesellschaftliche Wahrnehmung geändert, was den Zeitpunkt betrifft, an dem man sich „alt“ fühlt oder als „alt“ wahrgenommen wird. Während in der Vergangenheit der Renteneintritt die Schwelle zum „Altsein“ markierte, passt diese Aufteilung heute nicht mehr – ebenso wenig der Begriff des Ruhestands (Haist et al. 2022). Hinzu kommt, dass das gesellschaftliche und ehrenamtliche Engagement der Babyboomer bereits jetzt schon höher ist als das ihrer Eltern. Fast die Hälfte der 50- bis 64-Jährigen war 2014 ehrenamtlich aktiv, vor allem in den Bereichen Sport und Bewegung, im sozialen Bereich sowie in Kirchen und anderen religiösen Gemeinschaften (Simonson et al. 2017). Es ist also davon auszugehen, dass viele Menschen dieser Altersgruppe sich weiterhin gesellschaftlich engagieren wollen. Im besten Fall werden die Babyboomer in ihrem neuen Lebensabschnitt Ideen und Ansätze finden, wie sich das Zusammenleben in einer alternenden Gesellschaft im Sinne aller Generationen organisieren lässt (Haist et al. 2022). Die Babyboomer haben grundlegende gesellschaftliche Umbrüche erlebt oder sogar mitgestaltet. Sie haben neue Modelle des Zusammenlebens erprobt und eine zunehmende Pluralisierung der Lebensstile erfahren (ebd.). Es werden vermehrt innovative Wohnideen und Projekte entwickelt, die attraktive Lebensbedingungen bieten, von der Alters-WG bis zum Clusterwohnen.

Die Kommunen sind der Ort, an dem bereits jetzt bürgerschaftliches Engagement, Ehrenamt und Nachbarschaftshilfe über verschiedene Mechanismen unterstützt werden. Einerseits ist dies die Förderung von Vereinen, z. B. die reguläre finanzielle Förderung von Sportvereinen, die auf einer entsprechenden landesrechtlichen Grundlage (z. B. das Sportförde-

rungsgesetz des Landes Berlin) oder kommunalen Richtlinien beruhen. Auch findet Förderung und Unterstützung statt durch von der Kommune bereitgestellte Informationsportale und Vernetzung der Ehrenamtlichen (siehe z. B. das Ehrenamtsportal der Stadt Hannover). Dazu kommt die finanzielle Förderung der Selbsthilfe durch die Kranken- und Pflegekassen, die hiermit verzahnt werden kann. Neben der Unterstützung der Vereine und anderer Organisationsformen des institutionalisierten Ehrenamtes ist auch die Schaffung der Voraussetzungen für spontanes Engagement und Nachbarschaftshilfe, also eines individuellen und nicht institutionalisierten bürgerschaftlichen Engagements, wichtig.

Ein weiterer Baustein in der Vision eines gelingenden Zusammenlebens vor Ort kann auch die Wiederbelebung der Idee der gegenseitigen Unterstützung mit Zeit sein. Bereits seit den 1980er Jahren wurde diese Idee ausprobiert und ein Blick auf die auch heute noch erfolgreichen Beispiele in Riedlingen (Baden-Württemberg) und Dietzenbach (Hessen) kann inspirierend sein. Diese Beispiele dienen auch jetzt als ermutigende Leuchttürme und sollten zur Nachahmung anregen, zumal die Digitalisierung nunmehr auch eine einfachere Umsetzung hinsichtlich der Vernetzung der Teilnehmer und der Verwaltung der Zeitkonten ermöglicht.

## 2.6 Fazit

Die Vision, die Sorge- und Pflegestrukturen vor Ort zu organisieren und nachhaltig zu gestalten, ist nicht neu und findet seit langem Niederschlag in den vielfältigen Quartiersprojekten mit Fokus auf Pflege, von denen es bereits im ganzen Bundesgebiet über 1.000 in verschiedener Ausprägung gibt (DStGB 2019).

Insbesondere durch die demographischen Veränderungen, die mit dem Altern der Kohorte der geburtenstarken Jahrgänge einhergehen, erhalten Caring Communities mehr Aufwind. Mit dieser großen Gruppe lebenser-

fahrener Älterer werden auch gestalterisches Potenzial und vielfältige Fähigkeiten zur Verfügung stehen. Es ist wichtig, den Blick zu weiten, denn ältere und auch alte Menschen sind nicht nur Sorge-Empfangende. Sie engagieren sich vielfältig auch zur Unterstützung der nachfolgenden Generationen, beispielsweise in der Betreuung von Enkelkindern. Es sollten verstärkte Anstrengungen unternommen werden, diese Potenziale zu heben, ohne diejenigen zu vernachlässigen, die solches Engagement nicht leisten können. Die mit der Pflegeversicherung eingeführte Marktlogik stößt an Grenzen, wenn Unterstützungsmöglichkeiten wie Tages- oder Nachtpflege, aber auch Kurzzeitpflege oder der Zugang zu Haushaltsunterstützung nicht vorhanden sind, denn dann können entsprechende Versicherungsleistungen auch nicht abgerufen werden. Daher ist die Rolle der Kommunen in der Planung zu stärken, auch um gemeinsam mit den Kranken- und Pflegekassen einen Strukturaufbau leisten zu können. Die Möglichkeit von gemeinsamen Modellvorhaben zu Unterstützungsmaßnahmen vor Ort und im Quartier (§ 123 SGB XI neu) kann genutzt werden, um an die örtlichen Gegebenheiten angepasste Strukturen zu entwickeln. Allgemeingültige Blaupausen gibt es hierfür nicht. Allerdings entspricht die Ausprägung der Regelung als Modellvorhaben mit begrenzter Zeitdauer und begrenztem Fördervolumen nicht dem Bedarf. Um Nachhaltigkeit und Umsetzung an allen notwendigen Orten sicherzustellen, wäre vielmehr ein permanentes Strukturentwicklungsbudget notwendig. Es bedarf ohne Zweifel auch einer finanziellen Stärkung der Kommunen, um Caring Communities nicht nur punktuell, sondern umfassend ermöglichen und unterstützen zu können. Auch weitere Rahmenbedingungen insbesondere zur Vereinbarkeit von Beruf und Sorgeaufgaben bedürfen einer Weiterentwicklung. Wenn sowohl die Planung als auch die Verwirklichung der Unterstützungsstrukturen unter Einbezug der Menschen vor Ort in ihren Quartieren stattfindet, können daraus zukunftsfähige Gemeinschaften erwachsen.

## Literatur

---

- BAGFW (2015) Der Sozialraum als Ort der Teilhabe: Standortbestimmung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2022) Mehrgenerationenhäuser. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/engagement-und-gesellschaft/mehrgenerationenhaeuser/> mehrgenerationenhaeuser-74018. Zugegriffen: 7. Juli 2024
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2015) Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf). Zugegriffen: 8. Mai 2024
- Braeseke G, Naegele G, Engelmann F (2021) Status quo der Senioren- und Pflegeplanung und Handlungsempfehlungen für Kommunen. In: Jacobs K, Kuhlmeiy A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen, S 195–197
- Büscher A, Klie T (2023) Fokus Häusliche Pflege – der Ansatz der subjektorientierten Qualitätssicherung. In: Schwinger A, Kuhlmeiy A, Greß S, Klauber J, Jacobs K (Hrsg) Pflege-Report 2023: Versorgungsqualität von Langzeitgepflegten, S 175–185
- Destatis (2017) Kohortensterbetafeln für Deutschland. Ergebnisse aus den Modellrechnungen für Sterbetafeln nach Geburtsjahrgang 1871–2017
- Deutscher Bundestag (2016) Siebter Altenbericht und Stellungnahme der Bundesregierung, Sorge und Verantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. BT-Drs 18/10210
- DStGB – Deutscher Städte- und Gemeindebund (2019) Dokumentation N° 150. Vielfalt leben – Anregungen und Praxisbeispiele für das Älterwerden und Teilhabe im Quartier. Deutscher Städte- und Gemeindebund, Berlin
- Greß S, Jacobs K (2021) Regionale Sicherstellung der Pflegeversorgung. In: Jacobs K, Kuhlmeiy A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Springer, Berlin Heidelberg, S 185–194
- Haist K, Hinz C, Rathsmann N, Sütterlin S (2022) Aging in Place: Wohnen in der altersfreundlichen Stadt. Kommunale Strategien für die Babyboomer-Generation. Körber Stiftung und Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung
- JICA – Japan International Cooperation Agency (2022) Community-based Integrated Care in Japan
- Klie T, Ranft M, Szepan N (2021) Strukturreform Pflege und Teilhabe II. KDA 2021

- Kremer-Preiß U (2021) Wohnen 6.0 Mehr Demokratie in der (institutionellen) Langzeitpflege. KDA, Berlin
- Kremer-Preiß U, Bahr M (2018) Aufgaben und Rollen in der Quartiersarbeit. Bertelsmann Stiftung
- Landeshauptstadt Hannover (2021) Senior\*innenplan 2021. [https://www.hannover.de/Leben-in-der-Region-Hannover/Verwaltungen-Kommunen/Die-Verwaltung-der-Landeshauptstadt-Hannover/Dezernate-und-Fachbereiche-der-LHH/Soziales-und-Integration/Fachbereich-Senioren/Senior\\*innenplan-2021](https://www.hannover.de/Leben-in-der-Region-Hannover/Verwaltungen-Kommunen/Die-Verwaltung-der-Landeshauptstadt-Hannover/Dezernate-und-Fachbereiche-der-LHH/Soziales-und-Integration/Fachbereich-Senioren/Senior*innenplan-2021). Zugegriffen: 7. Juli 2024
- Ochmann R, Braeseke G (2024) Berichtspflicht der Länder zu Förderung und Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen. Bericht für das Bundesministerium für Gesundheit Berichtsjahr 2022. IGES, Berlin
- Pfundstein T, Bensch M (2020) Vom Markt und den Sorgen – sollen individuelle Pflegeleistungen kommunal gesteuert werden? In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2020: Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Springer, Berlin Heidelberg, S 160
- Plazek M, Schnitger M (2016) Demographie konkret – Pflege kommunal gestalten. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Scholze J, Huttenloher C, Lorenz S, Freudenberg J (2014) Gemeinsam für ein altersgerechtes Quartier. Deutscher Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e. V., Wüstenrot Haus und Städtebau
- Schubert H (2019) Von der Altenhilfeplanung zur integrierten Sozialplanung im demographischen Wandel. In: Schubert H (Hrsg) Integrierte Sozialplanung für die Versorgung im Alter Grundlagen, Bausteine, Praxisbeispiele. Springer VS, Köln, S 43–74
- Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung in Rheinland-Pfalz (LSJV) (2021) Arbeitshilfe zur Pflegestrukturplanung in Rheinland-Pfalz, Mainz
- Simonson J, Vogel C, Tesch-Römer C (2017) Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014
- StMAS (2010) Leitfaden Kommunale Seniorenpolitik. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, München
- Van Rieën A, Bleck C, Knopp R (2018) Sozialräumliche Perspektiven in pflegerischen Kontexten des Alterns. In: Alter und Pflege im Sozialraum. Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen. Springer, Berlin Heidelberg, S 1–15
- Waldhoff C (2012) Kompetenzverteilung und Finanzverantwortung zwischen Bund, Ländern, Kommunen und Sozialverwaltungsträgern im Bereich der Pflege. In: Henneke H-G (Hrsg) Kommunale Verantwortung für Gesundheit und Pflege. Boorberg, Stuttgart, S 78–79

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# **Pflegestrukturplanung in Bayern – Eine landesweite Initiative zur Unterstützung der Kommunen bei der Bedarfsermittlung und Planung in der Langzeitpflege**

*Aiske Ihnken, Julia Lenhart, Valerie Leukert, Julia Meier,  
Sabrina Übel und Annette Weiß*

## **Inhaltsverzeichnis**

- 3.1 Hintergrund – 45**
- 3.2 Projekt Pflegestrukturplanung – 47**
- 3.3 Projektphase 1: Bayerische Handlungsleitlinie zur Bedarfsermittlung in der Langzeitpflege für Sozialplanende – aus der Praxis für die Praxis – 48**
- 3.4 Projektphase 2: Vorgehen zur Implementierung einer bayernweiten Pflegestrukturplanung – 50**
  - 3.4.1 Themenstrang 1: Bereitstellung der Datenbasis zur Pflegebedarfsermittlung – 50
  - 3.4.2 Themenstrang 2: Aufbau eines Netzwerks und Entwicklung von Bildungsangeboten zur Pflegestrukturplanung – 51

3.5 Herausforderungen in der Praxis – 54

3.6 Fazit – 55

Literatur – 55

### ■ Zusammenfassung

Die bedarfsgerechte Versorgung von Pflegebedürftigen ist schon heute eine bedeutsame gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die auch durch den demographischen Wandel in Zukunft immer anspruchsvoller wird. Um dieser Herausforderung mit einer fundierten Planung der pflegerischen Versorgungsstruktur begegnen zu können, bedarf es befähigter Sozialplanender in den Kommunen sowie Daten zur aktuellen und zukünftigen Pflegestruktur, die zuverlässig, qualitativ hochwertig und unabhängig sind. Diese Voraussetzungen für eine gelingende Pflegestrukturplanung sollen durch das Kooperationsprojekt „Pflegestrukturplanung“ des Bayerischen Landesamts für Pflege und des Bayerischen Landesamts für Statistik geschaffen werden. Im Fokus des Projekts stehen die bayerischen Sozialplanenden. Diese sollen bestmöglich bei der wichtigen Aufgabe der Pflegestrukturplanung durch die zukünftig bereitgestellte Datenbasis des Bayerischen Landesamts für Statistik sowie Vernetzungsangebote des Bayerischen Landesamts für Pflege unterstützt werden. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über Entstehung, Organisation und Umsetzung des Projekts. Dabei werden neben den gesetzlichen Grundlagen auch die konkreten Projektschritte und bisherige Arbeitsergebnisse wie die bayerische Handlungsleitlinie zur Pflegebedarfsermittlung vorgestellt, aber auch Herausforderungen des Projekts aufgezeigt.

*Providing needs-based care for people in need of care is already a significant task for society as a whole and one that will become increasingly challenging in the future due to demographic change. In order to meet this challenge with well-founded planning of the care provision structure, competent social planners in the municipalities and data on the current and future care structure that are reliable, of high quality and independent are required. These prerequisites for successful care structure planning are to be created by the cooperation project “Care Structure Planning” of the Bavarian State Office for Care and the*

*Bavarian State Office for Statistics. The project focuses on the Bavarian social planners. The aim is to provide them with the best possible support in the important task of care structure planning through the future database provided by the Bavarian State Office for Statistics and the networking and support services offered by the Bavarian State Office for Care. This article provides an overview of the development, organisation and implementation of the project. In addition to the legal basis, the specific project steps and previous work results, such as the Bavarian Guideline for care needs assessments, are presented, as well as the challenges of the project.*

## 3.1 Hintergrund

In den kommenden Jahren wird der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung in Deutschland – und damit auch in Bayern – deutlich zunehmen, wobei mit zunehmendem Alter das Risiko steigt, hilfs- bzw. pflegebedürftig zu werden (Braeseke et al. 2020). Die Betreuung und Versorgung von Menschen mit (sich anbahnender) Pflegebedürftigkeit ist schon jetzt eine der großen Herausforderungen unserer Gesellschaft.

Mit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung Mitte der 90er Jahre wurde Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definiert, wobei den Pflegekassen als Träger der Pflegeversicherung eine wichtige Rolle in der Planung der Pflegeinfrastruktur zugewiesen wurde (Schubert 2019). Laut § 8 SGB XI wirken „die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen [...] unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte [...] Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten“. Die konkreten Vorschriften sind für alle genannten Aufgabenträger separat geregelt. Die Bundesländer sind nach § 9 SGB XI „verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflege-

rischen Versorgungsstruktur“. Diesen Auftrag zur Planung und Förderung der pflegerischen Versorgungsstruktur gestalten die Bundesländer in ihren Landespflegegesetzen sehr unterschiedlich (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. o.J.; Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung Rheinland-Pfalz o.J.; Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg 2024). Im Jahr 2016 wurden die Kommunen mit Inkrafttreten des dritten Pflegestärkungsgesetzes mit weiteren Planungs- und Steuerungskompetenzen (beispielsweise Pflegeberatung, Angebote zur Unterstützung im Alltag, Pflegeausschüsse) versehen, da die Entwicklung bedarfsgerechter pflegerischer Versorgungsstrukturen vor Ort auf kommunaler Ebene stattfinden soll – dort, wo die Menschen leben, ihr Leben gestalten und sich die Alterung der Bevölkerung konkret manifestiert.

Zur Entwicklung bedarfsgerechter pflegerischer Versorgungsstrukturen steht den Kommunen das Instrument der integrierten kooperativen Sozialplanung als Weiterentwicklung der administrativen Altenhilfeplanung zur Verfügung (Schubert 2019). Anhand dessen kann der Bedarf der Bürgerinnen und Bürger ermittelt und damit die Situation vor Ort angemessen bewertet werden. Die Sozialplanung im Sinne einer vorausschauenden Sozialpolitik ist auf Bundesebene im Bereich der Altenhilfe, im Gegensatz zum Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, als freiwillige Leistung gesetzlich verankert (Nutz und Schubert 2020). In Bayern wurden mit dem Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG) landesrechtliche Regelungen geschaffen. Insbesondere die Art. 68 und Art. 69 AGSG bilden die zentrale gesetzliche Grundlage für kommunale Planungen zur Gestaltung einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur in Bayern. Nach Art. 69 AGSG sind Kommunen<sup>1</sup> zur Entwicklung von integrativen, regionalen

seniorenpolitischen Gesamtkonzepten (SPGK) verpflichtet. Die Bedarfsermittlung ist nach Art. 69 Abs. 2 AGSG Bestandteil eines SPGK; so sollen hierfür unter anderem eine „fundierte Analyse der Ausgangssituation vorgenommen und gemeinsam Lösungswege für mögliche Versorgungslücken [...] entwickelt“ werden (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration 2017). Die Kommunen werden bei der Erstellung der SPGK durch einen Leitfaden zur Umsetzung unterstützt, welcher elf Handlungsfelder beschreibt (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2010). Die Handlungsfelder im Themenfeld Pflege lauten hierbei „Betreuung und Pflege“, „Unterstützung pflegender Angehöriger“ sowie „Hospiz- und Palliativversorgung“. Darüber hinaus werden mit der bayerischen Strategie „Gute Pflege. Daheim in Bayern.“ (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2022) seit 2022 Impulse für den Auf- und Ausbau bedarfsgerechter pflegeorientierter Versorgungsstrukturen gesetzt. Zur Gestaltung dieser Strukturen bedarf es einer entsprechenden Datengrundlage – weshalb die Strategie empfiehlt, eine „integrative kooperative Sozialplanung und eine regelmäßige Pflegestrukturplanung“ (ebd.) in den Kommunen zu etablieren.

Das Engagement der Kommunen im Bereich der SPGK und insbesondere bei der Pflegebedarfsermittlung und -strukturplanung<sup>2</sup> fällt jedoch sehr unterschiedlich aus, da Kommunen sowohl bei pflichtigen als auch bei freiwilligen Aufgaben der kommunalen Sozialpolitik über Gestaltungsspielräume verfügen (Zühlke 2011). Wie intensiv diese Gestaltungsspielräume in den Kommunen genutzt werden können, kann unter anderem von der jeweiligen Haushaltslage, von der politi-

1 Der Begriff „Kommune“ umfasst in Bayern grundsätzlich Landkreise, kreisangehörige Städte und Gemeinden, kreisfreie Städte sowie Bezirke.

2 Für eine bessere Lesbarkeit ist im Folgenden von „Pflegestrukturplanung“ die Rede. Der Terminus umfasst hierbei die Bestandsaufnahme, Bedarfsermittlung sowie die Maßnahmenplanung. Ist ausschließlich die Phase der Bestandsaufnahme und Bedarfsermittlung gemeint, wird diese entsprechend als „Pflegebedarfsermittlung“ benannt.

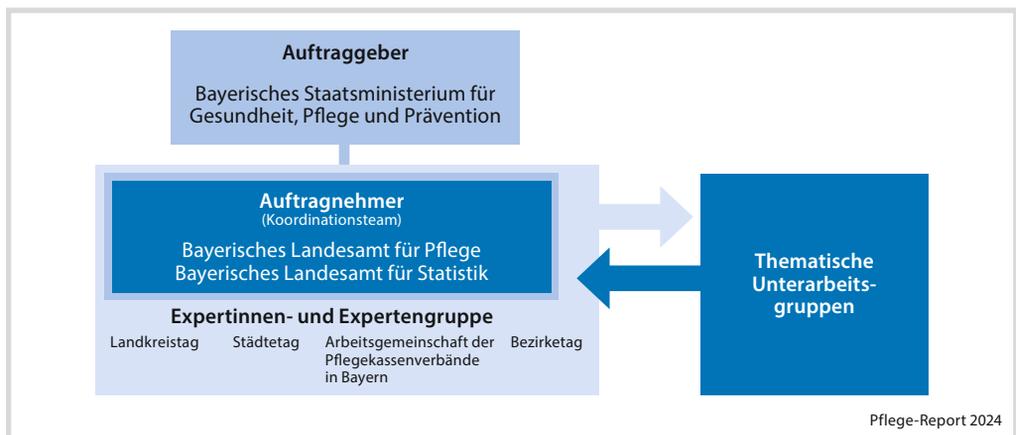
schen Agenda oder von verfügbaren personellen Ressourcen abhängen (ebd.). Laut einer Befragung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe bearbeiteten im Jahr 2015 rund 70 % der bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte alle elf der im Leitfaden vorgegebenen Handlungsfelder zur Umsetzung des SPGK (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration 2017). Die Umsetzung von Maßnahmen der Handlungsfelder im Themenfeld Pflege fiel hierbei in den kreisangehörigen Gemeinden deutlich niedriger aus als in den kreisfreien Städten.

Eine spätere Erhebung im Jahr 2020 im Rahmen des *Gutachtens für den Bereich der Pflege für die Jahre 2025 bis 2050 in Bayern* (Braeseke et al. 2020) zeigte, dass lediglich 18 von 96 Kreisen über eine Pflegebedarfsermittlung nach Art. 69 Abs. 1 AGSG im Rahmen des SPGK aus den Jahren 2017 bis 2020 verfügen. Zudem erfordert die Erstellung dieser Konzepte besondere Expertise, weshalb sich die meisten Kommunen hierbei von externen Instituten unterstützen lassen (Braeseke et al. 2020). Gleichzeitig streben viele Kreise zukünftig eine Konzepterstellung aus eigenen personellen Mitteln an (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration 2017).

### 3.2 Projekt Pflegestrukturplanung

Aufgrund dieser heterogenen Ausgangslage initiierte das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention im Jahr 2021 das Projekt Pflegestrukturplanung. Ziel ist es, eine einheitliche Methodik und Datenbasis innerhalb des Bundeslandes zu ermöglichen und den Kommunen bei der eigenständigen Durchführung der Pflegestrukturplanung bedarfsgerechte Unterstützung zu bieten.

Das Projekt Pflegestrukturplanung ist ein Kooperationsprojekt des Bayerischen Landesamts für Pflege und des Bayerischen Landesamts für Statistik. Zielgruppe sind Sozialplanende der 96 bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte, die mit der Pflegestrukturplanung in den Kommunen betraut sind. Im Projekt fungiert das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention als Auftraggeber (siehe ■ Abb. 3.1). Gelenkt wird das Projekt durch das beauftragte Koordinationsteam mit Vertreterinnen und Vertretern des Bayerischen Landesamts für Pflege und des Bayerischen Landesamts für Statistik. In regelmäßig stattfindenden Meetings werden unter anderem aktuelle Themen diskutiert und künftige Aufgabenfelder besprochen, die Arbeitsweise ist dabei agil. Der erweiterte Personen-



■ **Abb. 3.1** Projektstruktur. (Quelle: Bayerisches Landesamt für Pflege)

kreis im Projekt besteht aus einer Expertinnen- und Expertengruppe. Diese Gruppe setzt sich aus Sozialplanenden bayerischer Landkreise und kreisfreier Städte, Vertreterinnen und Vertreter aus den Bezirken sowie der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern zusammen. Die Zusammenarbeit ist partizipativ, alle Meinungen werden gehört und übergeordnete Entscheidungen gemeinsam getroffen. Je nach anstehenden Themen werden Unterarbeitsgruppen gebildet, um in kleinerem Kreis an konkreten Aufgaben zu arbeiten.

In der ersten Projektphase entwickelte das Koordinationsteam in enger Zusammenarbeit mit der Expertinnen- und Expertengruppe eine Handlungsleitlinie zur Bedarfsermittlung in der Langzeitpflege für Sozialplanerinnen und Sozialplaner (Bayerisches Landesamt für Pflege und Bayerisches Landesamt für Statistik 2023), deren Inhalte ausführlich in ► Abschn. 3.3 beschrieben werden.

Für die darauffolgende Projektphase hat sich das Koordinationsteam in Arbeitsteams organisiert, um unter Rücksprache mit der Expertinnen- und Expertengruppe gezielt an den im Rahmen der Handlungsleitlinie empfohlenen weiteren Unterstützungsangeboten für die bayerischen Sozialplanenden sowie an den Berechnungen der Datengrundlage zur Pflegestrukturplanung zu arbeiten.

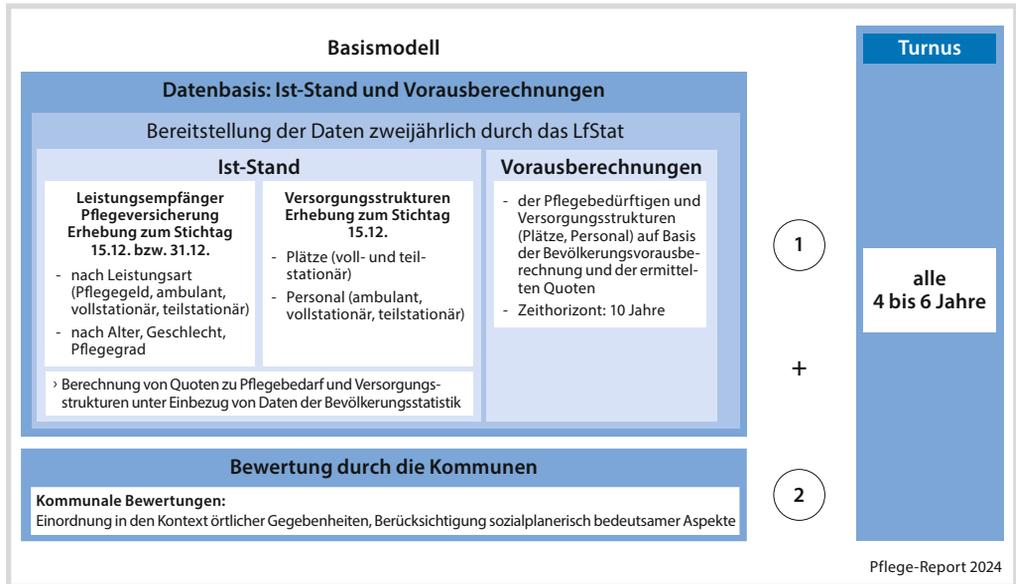
### 3.3 Projektphase 1: Bayerische Handlungsleitlinie zur Bedarfsermittlung in der Langzeitpflege für Sozialplanende – aus der Praxis für die Praxis

In der ersten Projektphase wurde die bayerische Handlungsleitlinie (Bayerisches Landesamt für Pflege und Bayerisches Landesamt für Statistik 2023) in einem iterativen Prozess unter Federführung des Koordinationsteams zusammen mit Sozialplanenden aus bayerischen Kommunen entwickelt und veröffentlicht. Ziel der Handlungsleitlinie ist es, eine gemeinsa-

me Datenbasis sowie Handlungsempfehlungen zur einheitlichen Pflegebedarfsermittlung in der Langzeitpflege in Bayern zur Verfügung zu stellen. Der Erstentwurf der Handlungsleitlinie wurde im Rahmen einer Unterarbeitsgruppe entwickelt und überarbeitet. Finalisiert wurde dieser durch die Expertinnen- und Expertengruppe, die Veröffentlichung erfolgte im März 2023.

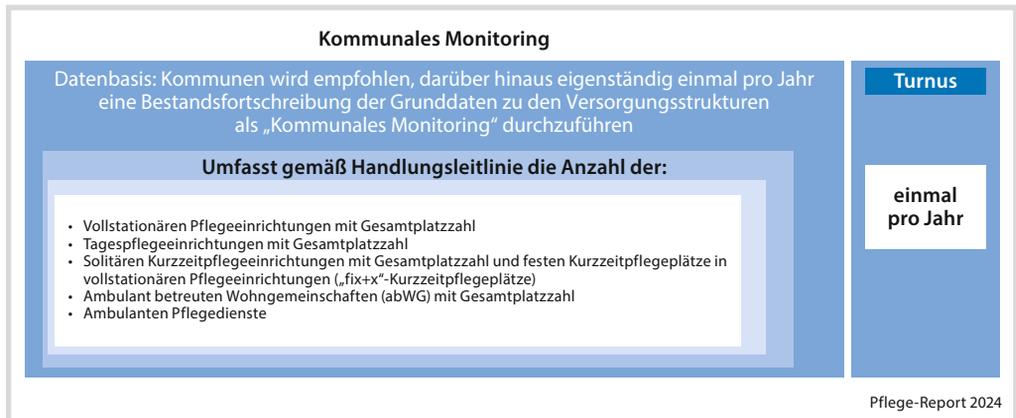
Die Empfehlungen der Handlungsleitlinie beinhalten ein Basismodell zur Pflegebedarfsermittlung und ein kommunales Monitoring als eigenständige Bestandsfortschreibung der Daten durch die Kommunen:

- 1) Das Basismodell in ► Abb. 3.2 besteht aus einer Datenbasis und dessen Bewertungen durch die Kommunen. Die Datenbasis stellt das Bayerische Landesamt für Statistik alle zwei Jahre zur Verfügung. Sie beinhaltet zur Darstellung der aktuellen Situation im Bereich Pflege Daten zum Ist-Stand der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung und zu Versorgungsstrukturen auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte. Zudem werden zukünftig Vorausberechnungen zu den Pflegebedürftigen und Versorgungsstrukturen mit einem Zeithorizont von zehn Jahren bereitgestellt. Aufgabe der Kommunen im Rahmen der Pflegestrukturplanung ist es, die Datenbasis kommunal zu bewerten, das heißt unter anderem im Kontext der örtlichen Gegebenheiten zu interpretieren. Hierbei kann auch eine Betrachtung unterhalb der Kreisebene oder kreisübergreifend sinnvoll sein. Da eine regelmäßige Bewertung wichtig ist, wird empfohlen, die Daten in einem festen Turnus von vier bis sechs Jahren für die Planungen und Entwicklungen zu nutzen.
- 2) Im Rahmen eines darüber hinausgehenden fakultativen kommunalen Monitorings wird den Kommunen empfohlen, jährlich eigenständig eine Bestandsfortschreibung einer Auswahl von Daten zum Versorgungszustand durchzuführen (► Abb. 3.3). So können Veränderungen vor Ort – besonders in volatilen Bereichen – schnell



**Abb. 3.2** Basismodell. (Quelle: Bayerisches Landesamt für Pflege und Bayerisches Landesamt für Statistik 2023) (Verlinkung zu erster Literaturstelle im Literatur-

verzeichnis: Bayerische Handlungsleitlinie zur „Bedarfs-ermittlung in der Langzeitpflege“ für Sozialplanerinnen und Sozialplaner)



**Abb. 3.3** Kommunales Monitoring. (Quelle: Bayerisches Landesamt für Pflege und Bayerisches Landesamt für Statistik 2023) (Verlinkung wie unter [Abb. 3.2](#) zu erster Literaturstelle im Literaturverzeichnis)

erkannt und dadurch der Versorgungszustand besser beurteilt werden.

Zukünftig sollen Anpassungen und Aktualisierungen der Handlungsleitlinie in regelmäßigen Abständen vorgenommen werden, um die Handlungsleitlinie und damit die Pflegestruk-

turplanung als dynamisches Instrument stetig weiterzuentwickeln. Zur breiten Beteiligung der Zielgruppe wurden bereits Ende des Jahres 2023 mittels einer freiwilligen und anonymen Online-Umfrage insbesondere Sozialplanende um Feedback zur Handlungsleitlinie gebeten (siehe ► Abschn. 3.4.2). Ziel dieses Prozesses

ist, die Bekanntheit und damit den Nutzen der Handlungsleitlinie zu erhöhen und auch bei der Weiterentwicklung der Handlungsleitlinie auf einen partizipativen Ansatz zu bauen.

## 3

### 3.4 Projektphase 2: Vorgehen zur Implementierung einer bayernweiten Pflegestrukturplanung

Nach Veröffentlichung der Handlungsleitlinie fokussierte sich die Tätigkeit des Koordinationsteams auf zwei Themenstränge: die Bereitstellung der Datenbasis zur Umsetzung der Pflegebedarfsermittlung gemäß den Empfehlungen der Handlungsleitlinie, den Aufbau eines landesweiten Netzwerkes für Sozialplanende sowie die Entwicklung von Bildungsangeboten zur Pflegestrukturplanung. Die damit verbundenen Aufgaben wurden zwischen dem Bayerischen Landesamt für Pflege und dem Bayerischen Landesamt für Statistik aufgeteilt.

#### 3.4.1 Themenstrang 1: Bereitstellung der Datenbasis zur Pflegebedarfsermittlung

Aufgabe des Bayerischen Landesamts für Statistik ist die rechnerische Umsetzung des Basismodells aus der Handlungsleitlinie. Dabei ist das Ziel, den Kommunen bayernweit einheitliche und leicht verständliche Daten für die Pflegebedarfsermittlung auf Basis der amtlichen Pflege- und Bevölkerungsdaten zur Verfügung zu stellen.

Die Pflegestatistik, die Bevölkerungsfortschreibung sowie die Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung des Bayerischen Landesamts für Statistik bilden dabei die Datengrundlage. Die *Pflegestatistik* wird zweijährlich nach der Pflegestatistikverordnung (PflegeStatV) in Verbindung mit § 109 Abs. 1 SGB XI sowie dem Bundesstatistikgesetz

(BstatG) erhoben. In der Statistik werden Informationen zu den Pflegebedürftigen nach Alter, Geschlecht, Pflegegrad und Art der Pflegeleistung sowie Daten zu Einrichtungen, Pflegeplätzen und zum Personal im ambulanten, teilstationären und vollstationären Sektor erhoben. Über die jährliche *Fortschreibung* der Bevölkerung werden die amtlichen Einwohnerzahlen differenziert nach demographischen Merkmalen ermittelt. Ausgangsbasis ist die letzte Volkszählung bzw. ein Zensus. Anhand der dabei erhobenen Bevölkerungszahl wird Jahr für Jahr mittels der Geburten, Sterbefälle sowie Zu- und Fortzüge aus der amtlichen Bevölkerungsstatistik ein Bevölkerungsstand zum Stichtag 31.12. berechnet.<sup>3</sup> Die Bevölkerungsfortschreibung ist wiederum die Grundlage für die *Bevölkerungsvorausberechnungen*. Diese Modellrechnungen sollen zeigen, wie sich die Bevölkerung unter bestimmten Annahmen in Zukunft entwickeln könnte. Sie werden jährlich für die bayerischen Kreise und in etwa alle drei Jahre für die Gemeinden aktualisiert.

Ein wichtiger Teil des Basismodells sind die Vorausberechnungen zur Pflege. Für die Vorausberechnung der Zahl zukünftiger Pflegebedürftiger werden anhand der Daten der amtlichen Pflegestatistik und aktueller Einwohnerzahlen Quoten gebildet. Diese Quoten zur Pflegebedürftigkeit werden anschließend auf die im Rahmen der Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung ermittelte Bevölkerung angewendet. Auf diese Weise wird unter Verwendung aktueller Pflegequoten eine mögliche Anzahl zukünftig pflegebedürftiger Personen für jede Kommune berechnet und künftig vom Bayerischen Landesamt für Statistik bereitgestellt. Darüber hinaus sind weitere Untergliederungen zum Beispiel nach Leistungsart und Pflegegrad möglich. Die Vorausberechnung von benötigten Versorgungsan-

<sup>3</sup> In die Bevölkerungsbilanz fließen zudem sonstige Veränderungen wie beispielsweise Korrekturbuchungen der Kommunen oder Nachmeldungen aus dem Vorjahr ein.

geboten unter Fortschreibung des Status quo erfolgt ebenfalls über entsprechende Quoten.

Zudem ist eine Abschätzung des zukünftig benötigten Personals im ambulanten und stationären Sektor auf Basis der vorausberechneten Pflegebedürftigen und eines Personalschlüssels möglich. Hierzu wird zunächst ermittelt, wie viele Pflegebedürftige rechnerisch von einer Vollzeitkraft versorgt werden (Personalschlüssel). Anschließend werden die Personalschlüssel auf die vorausberechneten ambulant beziehungsweise stationär gepflegten Personen angewandt. Dabei handelt es sich um ein vereinfachtes Modell zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs, da Renteneintritte sowie weitere Ab- und Zugänge im Personalbestand nicht berücksichtigt werden können. Eine Unterversorgung würde für die Zukunft ebenfalls fortgeschrieben werden, sofern diese bereits im Basisjahr der Berechnung vorlag.

Aktuell befinden sich die Vorausberechnungen in der Konzeptions- und Testphase, sie werden gemeinsam mit Mitgliedern der Expertinnen- und Expertengruppe diskutiert und evaluiert. Damit wird auch hier der partizipative Projektansatz verfolgt.

Grundsätzlich dürfen solche Vorausberechnungen nicht als exakte Vorhersagen der Zukunft missverstanden werden. Es handelt sich dabei um Modellrechnungen, die die Entwicklung der Pflege in den Kommunen anhand von Quoten auf Grundlage der aktuellsten Pflegestatistikdaten fortschreiben.

Auch aus diesem Grund ist der zweite Teil des Basismodells, die Bewertung der Daten durch die Kommunen, für eine bedarfsgerechte Ausgestaltung der Pflegestrukturen unerlässlich. Vor Ort sind regionale Aspekte und Besonderheiten bekannt und können durch sozialplanerische Expertise ergänzt und berücksichtigt werden.

Für die Zukunft werden neben einer Bereitstellung der Ergebnisse des Basismodells weitere digitale und analoge Veröffentlichungsformate diskutiert und konzipiert. Derzeit liegen Daten zur aktuellen Pflegesituation und Prognosen zu deren Entwicklung bis 2050 für Bayern aus den Gutachten des

IGES-Instituts vor. Diese Daten können aus zwei Datenbanken kostenfrei online abgerufen werden. In der Datenbank GENESIS-Online des Bayerischen Landesamts für Statistik (► [https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online?language=de&sequenz=tabelle&selectionname=922\\*](https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online?language=de&sequenz=tabelle&selectionname=922*)) werden die Daten aus allen drei bisher veröffentlichten Gutachten bereitgestellt. Zusätzlich steht seit August 2023 das Portal Pflegebedarf 2050 (► <https://pflegebedarf2050.bayern.de/>) zur Verfügung. Dort sind für alle bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte Ist- und Vorausberechnungs-Daten aus dem jeweils aktuellsten IGES-Gutachten abrufbar.

#### Datenangebot

Weitere hilfreiche Daten zu nachfolgenden Themen finden Sie in der Datenbank GENESIS-Online des Bayerischen Landesamts für Statistik.

**Pflege** – ► [https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online?language=de&sequenz=tabelle&selectionname=22400\\*](https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online?language=de&sequenz=tabelle&selectionname=22400*)

**Bevölkerungsfortschreibung** –  
► [https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online?language=de&sequenz=tabelle&selectionname=12411\\*](https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online?language=de&sequenz=tabelle&selectionname=12411*)

**Bevölkerungsvorausberechnung** –  
► [https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online?language=de&sequenz=tabelle&selectionname=12421\\*](https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online?language=de&sequenz=tabelle&selectionname=12421*)

### 3.4.2 Themenstrang 2: Aufbau eines Netzwerks und Entwicklung von Bildungsangeboten zur Pflegestrukturplanung

Im Rahmen des Themenstrangs *Aufbau eines Netzwerks und Entwicklung von Bildungsangeboten* beschäftigt sich das Bayerische Landesamt für Pflege mit der Analyse des Bedarfs

eines Netzwerks unter Sozialplanenden sowie mit dem Bedarf und der Ausgestaltung von Bildungsangeboten zur Pflegestrukturplanung.

Hierzu wurde im Frühjahr 2024 die FeedPLan-Umfrage (**Feedback zur Pflegebedarfs-ermittlung in der Langzeitpflege**) durchgeführt. Diese anonyme Online-Umfrage richtete sich an Personen, die sich bis zum Erhebungsstart in der Kontaktdatenbank des Projekts registriert hatten. Insgesamt waren dies 117 bayerische Sozialplanende und an der Pflegestrukturplanung interessierte Akteure aus 82 von 96 bayerischen Landkreisen und kreisfreien Städten sowie fünf von sieben Bezirken.

Die Umfrage wurde von 91 (78 %) Personen beantwortet, davon konnten 74 (63 %) Fragebögen zur Analyse verwendet werden, sodass sich schlussendlich die folgenden Ergebnisse auf die Antworten von 53 Landkreisen und 18 kreisfreien Städten sowie vier Bezirken beziehen (Abb. 3.4). Vorwiegend waren die Teilnehmenden selbst (80 %) für die Pflegebedarfsermittlung in der jeweiligen Kommune zuständig.

Die Ausgangslage hinsichtlich der Pflegebedarfsermittlung vor Ort stellt sich in der

Mehrzahl der teilnehmenden Kommunen positiv dar. Zumeist (47 %) wurde von einer vorhandenen Pflegebedarfsermittlung berichtet, bei weiteren 30 % wird der vorhandene Bericht derzeit aktualisiert oder die Aktualisierung geplant (Abb. 3.5). Die Aktualisierungen sollen überwiegend (86 %) 2024 oder 2025 abgeschlossen werden. Drei Viertel der Teilnehmenden gaben an, bei der Erstellung der Pflegebedarfsermittlung Unterstützung in Anspruch genommen zu haben, vorwiegend in Form einer Dienstleistung durch ein externes Institut (95 %). Als besondere Herausforderung bei der Durchführung der Pflegebedarfs-ermittlung wurden die Datenverfügbarkeit und -qualität, die Dateninterpretation sowie marginale Planungs- und Steuerungsmöglichkeiten genannt.

Zukünftige Bildungsangebote zum Thema Pflegestrukturplanung würden 70 % der Teilnehmenden in Anspruch nehmen. Besonders großes Interesse bestand hierbei an Angeboten zum Themenkomplex *Bewertung der Ergebnisse der Pflegebedarfsermittlung*, gefolgt von Angeboten zum Thema *Pflegevorausberechnungen* oder *Planungsmethodik* (Abb. 3.6).

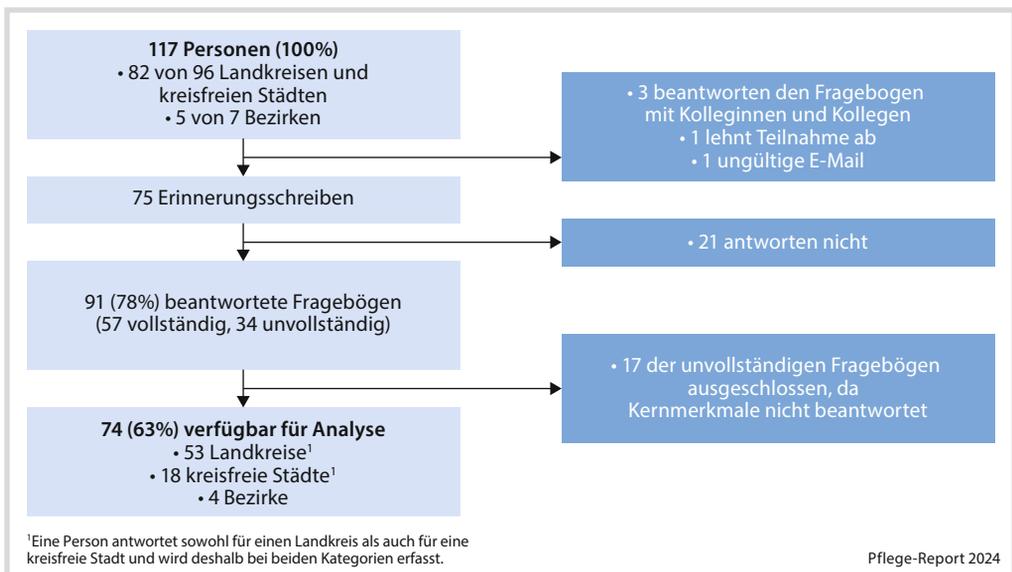
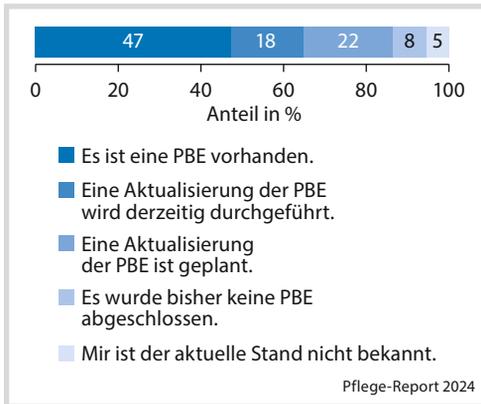


Abb. 3.4 Rücklauf der FeedPLan-Umfrage. (Quelle: Bayerisches Landesamt für Pflege)



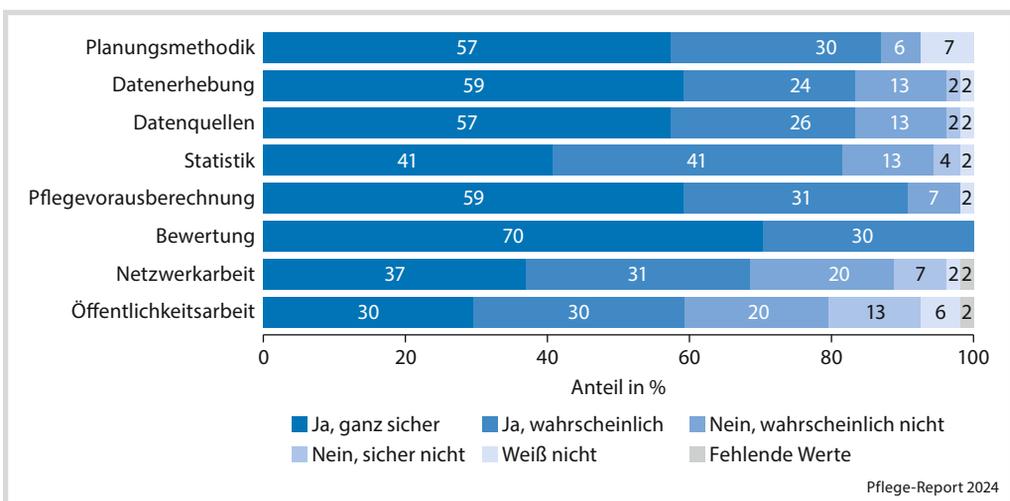
**Abb. 3.5** Aktueller Stand im Jahr 2024 der Pflegebedarfsermittlung (PBE) in 53 Landkreisen, 18 kreisfreien Städten sowie 4 Bezirken in Bayern,  $n = 74$ . (Quelle: Bayerisches Landesamt für Pflege)

Ebenso interessiert sind die Teilnehmenden am Thema *Datenerhebung*. Hinsichtlich der Angebotsart bevorzugten die Teilnehmenden Workshops mit themenbezogenem Austausch ohne Abschlusszertifikat (74 %). Gleichwohl bestand Interesse an ein- bis mehrtägigen Weiterbildungsseminaren mit Abschlusszertifikat (69 %) oder Netzwerktreffen mit Akteuren aus

der Praxis (59 %). Als Angebotsformat bevorzugten die Teilnehmenden hybride Veranstaltungen (69 %). Veranstaltungen mit Online- und Präsenzanteilen, im Sinne eines Blended Learning, wäre aus Sicht der Mehrzahl der Teilnehmenden kein geeignetes Format (81 %).

Großes Interesse meldeten die Teilnehmenden an einem Netzwerk an, das den Informationsfluss zwischen den Akteuren der Pflegestrukturplanung landesweit gewährleistet und die Effizienz der Zusammenarbeit steigert (45 % Ja, ganz sicher; 23 % Ja, wahrscheinlich).

Das Feedback der Sozialplanenden bestätigt die gewählten Themenstränge des Projektteams, worauf zur Umsetzung der Umfrageergebnisse als konkrete Maßnahmen der Aufbau eines aktiven bayerischen Kompetenznetzes *Pflegestrukturplanung* und die Entwicklung von Bildungsangeboten für Sozialplanende ausgearbeitet werden. Das Kompetenznetz soll dazu beitragen, Hilfe zur Selbsthilfe unter den Kommunen zu fördern, dadurch Synergieeffekte durch einen überregionalen fachlichen Austausch nutzbar zu machen sowie Fach- und Prozesswissen zu organisieren. Im



**Abb. 3.6** Gewünschte Themenkomplexe im Rahmen möglicher Bildungsangebote im Bereich der Pflegestrukturplanung,  $n = 54$ . (Quelle: Bayerisches Landesamt für Pflege)

Ergebnis können so Innovationen und neue Strategien beispielsweise zur Entwicklung von Bildungsangeboten oder zur Förderung einer einheitlichen und validen Pflegebedarfsermittlung in Bayern unter Schonung eigener Ressourcen entwickelt und die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch geschaffen werden. Erste Schritte des Netzwerkaufbaus sind die Bereitstellung der Kontaktdaten möglichst vieler Sozialplanenden in Bayern und die Vorbereitung eines ersten Austauschtreffens für Sozialplanende. Im Weiteren soll der strukturierte Aufbau des Kompetenznetzes mit partizipativ erarbeiteten Zielen (Schubert 2018; Quilling et al. 2013), einem Konzept zur Struktur und zum Management des Netzwerks sowie Regeln der Zusammenarbeit vorangetrieben und umgesetzt werden.

### 3.5 Herausforderungen in der Praxis

Die Herausforderungen bei der Durchführung der Pflegestrukturplanung in den Kommunen sind vielfältig. Besonders häufig werden hierbei unterschiedliche Regionalstrukturen, fehlende Ressourcen und Qualifikationen wie auch fehlende Datenquellen genannt.

Bayern ist mit über 13 Mio. Einwohnern im Jahr 2023 in insgesamt 2056 Gemeinden, die in 71 Landkreisen und 25 kreisfreien Städten organisiert sind (Bayerisches Landesamt für Statistik 2024), das Bundesland mit der zweithöchsten Bevölkerungszahl. Die Kommunen unterscheiden sich teilweise stark hinsichtlich der Strukturen und Rahmenbedingungen sowie individuellen Voraussetzungen zur Durchführung der Pflegestrukturplanung. Dies spiegelt sich unter anderem in der unterschiedlichen Vorgehensweise bei der Erstellung der Pflegebedarfsermittlung im Rahmen der SPGK wider (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration 2017). Eine einheitliche Vorge-

hensweise würde den Austausch zwischen den Kommunen erleichtern und soll aus diesem Grund durch die Angebote des Projekts Pflegestrukturplanung unterstützt werden. Ähnliche Bestrebungen finden sich in anderen Bundesländern wie Rheinland-Pfalz (Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung Rheinland-Pfalz o.J.) oder Brandenburg (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg 2023).

Häufig werden bei der Erstellung der SPGK und der Pflegestrukturplanung externe Institute in Anspruch genommen (Braeseke et al. 2020; Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration 2017), gleichzeitig streben viele Kommunen eine eigenständige Erstellung der Pflegestrukturplanung an. Diese Entwicklung begünstigt eine adäquate Einordnung der Zahlen in den Kontext der regionalen Gegebenheiten, bedarf jedoch einer intensiven Auseinandersetzung mit den Pflegestrukturdaten der eigenen Kommune. Eine eigenständige Durchführung der Pflegebedarfsermittlung durch die Kommune selbst benötigt klare Zuständigkeitsregelungen, ausreichend Personal sowie differenzierte Methodenkenntnisse bei der Interpretation der Daten und der Erarbeitung von Maßnahmen. Eine systematische Qualifizierung erscheint hierzu unerlässlich.

Des Weiteren scheint die Verfügbarkeit und Aktualität von Daten insbesondere in Leistungsbereichen mit hoher Volatilität, unter anderem in der ambulanten Pflege und Tagespflege, häufig nicht gegeben zu sein. Die Ergänzung der Daten der Pflegestatistik durch Daten zu Pflegeleistungen von Kranken- bzw. Pflegekassen könnte den Kommunen bei der Einschätzung der Versorgungsstruktur und Entwicklung von Versorgungskonzepten vor Ort helfen. In Verbindung mit Hilfestellungen zur Interpretation und Diskussion der Ergebnisse kann somit ein umfassendes Angebot geschaffen werden.

### 3.6 Fazit

Das Projekt Pflegestrukturplanung ist ein wichtiger Schritt, um Sozialplanende für die vielfältigen Herausforderungen hinsichtlich der Pflegestrukturplanung mit den eigenen Ressourcen in Bayern zu wappnen. Mit der veröffentlichten Handlungsleitlinie wurde ein praxisorientiertes Instrument für eine bayernweite und regelmäßige Bedarfsermittlung in den Kommunen erarbeitet. Im Projektverlauf wurde frühzeitig deutlich, dass neben dem Basismodell auch Datenquellen beworben sowie Daten visualisiert und online frei zur Verfügung gestellt werden müssen. Perspektivisch sollen die Arbeitsergebnisse des Projekts Pflegestrukturplanung in dauerhafte Angebote für Sozialplanende überführt werden.

Die Etablierung der Expertinnen- und Expertengruppe trägt maßgeblich zum Erfolg des Projekts bei und ist unerlässlich, um die Bedarfe der bayerischen Sozialplanenden zu treffen. Zwischenzeitlich wurde eine Verstärkung der Expertinnen- und Expertengruppe angestoßen, um weitere Meinungen und regionale Sichtweisen zu hören, zugleich aber auch, um die Sichtbarkeit des Projekts durch das Engagement der Expertinnen und Experten zu fördern.

Die Ergebnisse der FeedPLAN-Umfrage sollen Bewusstsein für die Bedarfe zur gelingenden Pflegestrukturplanung der Sozialplanenden in Bayern schaffen, um Verbesserungspotenziale auszuloten und anzustoßen. Deutlich zeigt sich: Die Vernetzung der Akteure sollte zeitnah vorangetrieben werden, um den Kommunen die Möglichkeit zu bieten, voneinander zu lernen und gemeinsame Lösungen für eine bedarfsgerechte Versorgung von Pflegebedürftigen zu entwickeln.

Letztlich verspricht die enge fachliche Zusammenarbeit der beiden bayerischen Landesämter ein wirksames Instrument zu werden, um neue Wege in der Pflegestrukturplanung in Bayern zu ebnen. Die unterschiedlichen Expertisen des Projektteams tragen dazu bei, mit verschiedenen Perspektiven den Bereich der Pflegestrukturplanung zu beleuchten und auf dieser Basis ein für die Planung gut nutzba-

res Datenangebot zu schaffen. Organisatorisch haben sich eine regelmäßige Kommunikation, gegenseitiges Vertrauen, gemeinsam erarbeitete Jahresziele sowie eine klare Rollenverteilung bewährt. Regelmäßige Retrospektiven und Anpassungen von Prozessen sind ebenfalls entscheidend, um aus Fehlern und Erfolgen zu lernen.

Zusammenfassend soll die Pflegestrukturplanung den Kommunen als Instrument und Baustein der integrierten Sozialplanung zur aktiven Gestaltung des demographischen Wandels dienen. Eine gesetzliche Verankerung der integrierten Sozialplanung als Pflichtaufgabe der Kommunen, ähnlich wie die Jugendhilfeplanung in § 80 SGB VIII, könnte Rahmenbedingungen für die Kommunen schaffen, unter denen Themen wie Planungsmethodik und Netzwerkstrukturen im Kontext Pflegestrukturplanung sowie kreative Handlungsansätze im dialogischen Prozess mit allen Akteuren weiter voranschreiten können.

### Literatur

- Bayerisches Landesamt für Pflege; Bayerisches Landesamt für Statistik (2023) Bayerische Handlungsleitlinie zur „Bedarfsermittlung in der Langzeitpflege“ für Sozialplanerinnen und Sozialplaner. [https://www.lfp.bayern.de/wp-content/uploads/2023/08/230802\\_Handlungsleitlinie\\_Bedarfsermittlung-in-der-Langzeitpflege.pdf](https://www.lfp.bayern.de/wp-content/uploads/2023/08/230802_Handlungsleitlinie_Bedarfsermittlung-in-der-Langzeitpflege.pdf). Zugegriffen: 11. Juni 2024 (Unter Mitarbeit von Daberger A, Eberlein R, Erling R, Geus C, Greger B, Hackenberg T et al)
- Bayerisches Landesamt für Statistik (2024) Bayerischer Zahlenspiegel. Bayern in Zahlen. Statistik-Magazin 155(6):86
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration (2017) Seniorenpolitische Gesamtkonzepte. Erfahrungen und praktische Beispiele für die Umsetzung – eine Arbeitshilfe
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2010) Kommunale Seniorenpolitik. [https://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas\\_inet/senioren/3.6.2.2\\_broschure\\_leitfaden\\_fur\\_die\\_kommunale\\_seniorenpolitik\\_in\\_bayern.pdf](https://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_inet/senioren/3.6.2.2_broschure_leitfaden_fur_die_kommunale_seniorenpolitik_in_bayern.pdf). Zugegriffen: 14. Juni 2024 (Unter Mitarbeit der Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA))
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2022) „Gute Pflege. Daheim in Bayern“. Gemein-

sames Strategiepapier: Kommunale Strategien zur Stärkung bedarfsgerechter pflegeorientierter Sorgestrukturen. [https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2022/11/strategiepapier\\_gute-pflege.pdf](https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2022/11/strategiepapier_gute-pflege.pdf). Zugegriffen: 11. Juni 2024 (Unter Mitarbeit von Christian Müller, Julia Rutz, Maximilian Heinkele, Achim Uhl und Julia Lenhart)

Braeseke G, Burgart E, Kulas H, Lingott N, Pflug C, Pörschmann-Schreiber U et al (2020) Gutachten für den Bereich der Pflege für die Jahre 2025 bis 2050 in Bayern. LOS 1 und LOS 2 – Teilbericht A: Gesamtgutachten. IGES Institut, Berlin

Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg: FAPIQ. <https://www.fapiq-brandenburg.de>. Zugegriffen: 19. Juni 2024

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. Komm.Care – Kommune gestaltet Pflege in Niedersachsen. <https://www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/kommcare>. Zugegriffen: 24. Juni 2024

Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung Rheinland-Pfalz Pflegestrukturplanung – Eine kommunale Aufgabe in Rheinland-Pfalz. <https://mastd.rlp.de/themen/pflege/pflegestrukturplanung>. Zugegriffen: 19. Juni 2024

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg Pflege-

gedossiers: Daten und Fakten zur Pflege im Land Brandenburg (2023) <https://msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/themen/soziales/pflege/daten-und-fakten-zur-pflege/>. Zugegriffen: 12. Juni 2024

Nutz A, Schubert H (2020) Integrierte Sozialplanung in Landkreisen und Kommunen, 1. Aufl. Kohlhammer Deutscher Gemeinde Verlag (Fokus Verwaltung), Stuttgart

Quilling E, Nicolini HJ, Graf C, Starke D (2013) Praxiswissen Netzwerkarbeit. Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten. Springer VS, Wiesbaden <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18899-7>

Schubert H (2018) Netzwerkmanagement in Kommune und Sozialwirtschaft. Eine Einführung. Basiswissen Sozialwirtschaft und Sozialmanagement. Springer VS, Wiesbaden <https://doi.org/10.1007/978-3-658-19061-3>

Schubert H (Hrsg) (2019) Integrierte Sozialplanung für die Versorgung im Alter. Grundlagen, Bausteine, Praxisbeispiele. Perspektiven Sozialwirtschaft und Sozialmanagement. Springer VS, Wiesbaden <https://doi.org/10.1007/978-3-658-21240-7>

Zühlke W (2011) Die Gestaltung kommunaler Politik: Welche Rolle spielt das Soziale in der Ratsarbeit? In: Dahme H-J, Wohlfahrt N (Hrsg) Handbuch Kommunale Sozialpolitik, 1. Aufl. Springer VS, Wiesbaden, S 41–52

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# Sicherstellung der ambulanten pflegerischen Versorgung – Steuerungsoptionen der Pflegekassen und Kommunen

Zurück zum Modell Sozialstation?

*Thomas Klie und Andreas Büscher*

## Inhaltsverzeichnis

- 4.1 Einleitung – 59**
- 4.2 Konzeption der Pflegeversicherung – 59**
  - 4.2.1 Sicherstellungsauftrag – 60
  - 4.2.2 Kleinräumige Festlegung von Versorgungs- und Einzugsbereichen – 61
  - 4.2.3 Verantwortung für die (qualitative) Sicherstellung der Pflege – 62
  - 4.2.4 Kontrahierungszwang und Wettbewerbsorientierung: Limitationen der Steuerungsoptionen – 63
- 4.3 Steuerungsoptionen für die Kommunen – 64**
  - 4.3.1 Rolle der Kommunen – 64
  - 4.3.2 Unterschiede und ihre Hintergründe – 65
  - 4.3.3 Interventionsoptionen auf kommunaler Ebene – 70
- 4.4 Modell Sozialstation revisited? – 71**

4.5 Ausblick – 73

Literatur – 74

### ■ ■ Zusammenfassung

*Die im Pflegeversicherungsgesetz betonte gemeinsame Verantwortung unterschiedlicher Akteure für die pflegerische Versorgung hat viele Facetten. Zentral ist der den Pflegekassen zugeordnete Sicherstellungsauftrag, der in seiner rechtlichen Ausgestaltung in diesem Beitrag problematisiert wird. Die Steuerungsoptionen der Kommunen und Pflegekassen sind limitiert, aber dennoch vorhanden, wie die großen Unterschiede der Versorgungswirklichkeiten auf regionaler Ebene deutlich machen. Plädiert wird in dem Beitrag für eine stärkere Berücksichtigung lokaler und kommunaler Bedarfe und Handlungsoptionen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Dazu bestehende Erfahrungen aus dem Modell der Sozialstationen werden reflektiert und für die Entwicklung von zukünftigen Perspektiven herangezogen.*

*The German long-term care (LTC) system is based on a joint responsibility of different stakeholders for ensuring a sufficient care system. At its core is the task to secure an adequate long-term care infrastructure that is attributed to the LTC insurances. It is reflected in this paper regarding its legal configuration. Steering options for municipalities and LTC insurances are limited, but nevertheless they do exist, as is evidenced by a huge variety of care realities in different regions. The authors argue in favour of a stronger consideration of local and community needs in building the LTC infrastructure. Experiences from before the introduction of the long-term care system will be reflected and used for developing future perspectives.*

## 4.1 Einleitung

Trotz der im Pflegeversicherungsgesetz postulierten gemeinsamen Verantwortung für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung sind kontroverse Diskussionen um die Aufgaben und Verantwortlichkeiten von Pflegekas-

sen, Ländern, Kommunen und weiteren Akteuren seit Langem an der Tagesordnung. Das gilt für die vollstationäre Pflege im Hinblick auf Investitionskosten und die Hilfe zur Pflege. Das gilt auch und zunehmend bezogen auf die ambulante Versorgung. Vor dem Hintergrund der sich zuspitzenden Folgen demographischer Transformation mit ihren unterschiedlichen regionalen Erscheinungsformen stellen sich Fragen der Steuerung der pflegerischen Versorgung sehr dringlich. Der folgende Beitrag beleuchtet bestehende Steuerungsoptionen der Pflegekassen und Kommunen unter sozialrechtlicher Perspektive, gibt exemplarisch empirische Daten über die Unterschiede der Versorgungssettings auf kommunaler Ebene wieder und diskutiert Hintergründe. Schließlich zeigt er unter Rückgriff auf frühere Erfahrungen Perspektiven für die Einlösung des Sicherstellungsauftrages und einer Planung auf kommunaler Ebene auf.

## 4.2 Konzeption der Pflegeversicherung

Hinsichtlich der Verantwortung für eine bedarfsgerechte Infrastruktur enthält die Pflegeversicherung zum einen die programmatische Aussage in § 8 Abs. 2 SGB XI: Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte pflegerische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Aus dieser Aussage ergibt sich keine klare Aufgabenzuordnung für die einzelnen Akteure. Diese lässt sich nur aus den Aufgaben- und Kompetenzzuweisungen im Grundgesetz und im SGB XI im Einzelnen ermitteln. Eine maßgebliche Unterscheidung im Zusammenhang mit der Einlösung der Verantwortung für eine bedarfsgerechte Infrastruktur der pflegerischen Versorgung aus § 8 Abs. 2 SGB XI liegt in der Differenzierung zwischen Sicherstellungsverantwortung und Infrastrukturverantwortung.

### 4.2.1 Sicherstellungsauftrag

Der Sicherstellungsauftrag ist in §§ 12, 69, 72 SGB XI geregelt. Die Pflegekassen haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtungen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten („Sicherstellungsauftrag“, § 69 Satz 1). Träger des Sicherstellungsauftrages sind damit ausschließlich die Pflegekassen (so auch Becker in: Hauck und Noftz (1995): K § 69 Rz. 11). Gegenstand des Sicherstellungsauftrags der einzelnen Pflegekassen ist die Gewährleistung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten mit den Leistungen der Pflegeversicherung. Dies ist allerdings nicht gleichbedeutend damit, dass die Pflegekassen pflegerische Leistungen als eigene Leistungen selbst erbringen können oder müssen. Die Leistungen werden in aller Regel von selbstständigen Leistungserbringern erbracht, mit denen vertragliche Beziehungen bestehen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, durch entsprechende Vertragsabschlüsse für ein ausreichendes Angebot an Leistungen durch die Leistungserbringer zu sorgen. Sie sind dafür verantwortlich, dass Leistungserbringer in der Lage sind, die Leistungen der Pflegeversicherung als Sachleistungen zu erbringen. Verantwortlich sind sie zudem für die Qualität der Pflegeversicherungsleistungen, die dem allgemein anerkannten medizinisch-pflegerischen Stand zu entsprechen haben. Insofern verbindet sich mit dem Sicherstellungsauftrag auch die Qualitätsverantwortung der Pflegekassen – menschenrechtskonventioneller Grundrechtsschutz<sup>1</sup> – für die von ihnen „verschafften“ Sachleistungen, die insbesondere in den Vorschriften der §§ 112 ff SGB XI reflektiert wird (vgl. Becker a. a. O. Rz. 13 f). Der Sicherstellungsauftrag der Pfl-

gekassen aus §§ 12, 69, 72 SGB XI wird zweifach begrenzt: Zum einen reicht er nur so weit, wie die Leistungsverpflichtung der Pflegekassen reicht. Dies bedeutet, dass die Pflegekasse nicht für die Sicherstellung des gesamten pflegerischen Bedarfs im Einzelfall einzutreten hat respektive ihr diesbezüglich ein Sicherstellungsauftrag zuwächst. Sie hat lediglich dafür zu sorgen, dass die Leistungsverpflichtungen im Rahmen des plafonierten – in der Höhe limitierten – Leistungsversprechens eingelöst und in der vorausgesetzten Qualität gewährleistet werden. Zum anderen sind vom Sicherstellungsauftrag nur jene Bereiche betroffen, in denen die Pflegekassen mit Trägern der Pflegeeinrichtungen Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen abschließen können. Der Abschluss dieser Verträge ist das zentrale Instrument zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrages. Damit betrifft der Sicherstellungsauftrag insgesamt nur die Leistungen, die die Pflegekassen ihren Versicherten in Form der Sach- oder Dienstleistungen zu gewähren haben. Ob und inwieweit mit der Gewährung von Pflegegeld Aspekte der Sicherstellung der Pflege verbunden sind, ist Thema in dem Beitrag von Büscher und Klie, ► Kap. 17 in diesem Band.

Auf den ersten Blick eröffnen die Vorschriften des § 72 Abs. 3 Satz 3 i. V. m. § 75 Abs. 2 Nr. 8 SGB XI über den Abschluss von Versorgungsverträgen den Pflegekassen insoweit eine weitergehende Steuerungsmöglichkeit, als „bei ambulanten Pflegediensten in den Versorgungsverträgen der Einzugsbereich festzulegen (ist), in dem die Leistungen ressourcenschonend und effizient zu erbringen sind.“ Nach Auffassung des Bundessozialgerichts (B3 P1/05 v. 24.05.2006) wird diese aber überlagert vom Wahlrecht des Pflegebedürftigen nach § 2 Abs. 2 SGB XI und dem Recht des Pflegedienstes auf freie Berufsausübung (Art 12 GG). Die Bedeutung der Vorschrift wird auf die Pflicht des Pflegedienstes reduziert, in seinem Einzugsbereich Pflegeleistungen anzubieten. Dies diene der Verwirklichung des Sicherstellungsauftrages. Ob eine derartige enge Auslegung der Vorschrift angesichts der bestehenden Infrastruktur- und Effizienzdefizi-

<sup>1</sup> Das Sozialrecht dient in einer verfassungsrechtlichen Perspektive der Grundrechtrealisierung der Bürgerinnen und Bürger – und damit auch einem wirksamen Schutz von Menschenrechten.

te in der ambulanten Versorgung Bestand hat, wird zu prüfen sein.

#### 4.2.2 Kleinräumige Festlegung von Versorgungs- und Einzugsbereichen<sup>2</sup>

§ 72 Abs. 3 Satz 3 SGB XI enthält wie erwähnt die Regelung zur Festlegung eines Einzugsgebiets im Versorgungsvertrag mit dem Pflegedienst. Diese könnte dann als Steuerungsinstrument Wirksamkeit entfalten, wenn ein (beharrlicher) Verstoß die Kündigung des Versorgungsvertrages rechtfertigen würde, die Versicherten eine solche außerhalb des Einzugsbereichs zu erbringende Leistung eines Pflegedienstes nicht beanspruchen könnten und schließlich die Pflegedienste keinen Anspruch auf die Vergütung von außerhalb des Einzugsbereichs erbrachten Leistungen hätten.

Nun gilt allerdings nicht, dass durch die Nichterfüllung der Vertragsbedingungen ein Zulassungsentzug droht. Dies beruht nicht nur auf dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, sondern insbesondere auch darauf, dass § 74 Abs. 1 SGB XI (Kündigung von Versorgungsverträgen) nicht auf § 72 Abs. 3 Satz 3 SGB XI verweist. Bezüglich des Leistungsanspruchs des Versicherten und des Vergütungsanspruchs des Pflegedienstes gilt unverändert die bereits zitierte Entscheidung des BSG (Urteil vom 24.05.2006 (B3 P1/05 R)). Nach Ansicht des Bundessozialgerichts ist der Pflegedienst mit Abschluss des Versorgungsvertrages zur Versorgung innerhalb des Einzugsgebiets verpflichtet, verliert dadurch allerdings nicht den Tätigkeitsanspruch auch außerhalb des Einzugsgebiets. Die Versicherten behalten hinsichtlich des Pflegedienstes ihr Wahlrecht.

§ 72 Abs. 3 Nr. 2 SGB XI formuliert als Voraussetzung für die Zulassung, dass der Pflegedienst die Gewähr für eine leistungsfähige pflegerische Versorgung erfüllt. Jetzt könnte die Frage aufgeworfen werden, ob die „pflegerisch leistungsfähige“ Versorgung dadurch gefährdet wird, dass längere Anfahrtswege allgemein die Versorgung und speziell – zum Beispiel die pflegerische Notfallversorgung – erschweren. Letztlich geht es um die Frage, woran die leistungsfähige Versorgung geknüpft wird. Es geht bei der Zulassung des einzelnen Dienstes erkennbar nicht darum, ob die Versorgung der Versicherten in einer bestimmten Region insgesamt gewährleistet wird oder nicht. Es geht um die leistungsfähige Versorgung des zuzulassenden Pflegedienstes seiner Patientinnen und Patienten. Angesichts innerorganisatorischer Gestaltungsmöglichkeiten von Pflegediensten bezüglich der tatsächlichen Anfahrtswege, die nicht zwingend von der Geschäftsstelle aus erfolgen müssen, von teilautonomen Teams in Bezirksregionen respektive Sozialräumen in dezentralisierten Zweigstellen gibt es keine ausreichenden Anhaltspunkte, dass eine Versorgung außerhalb des Einzugsbereichs unmöglich ist. Zum anderen zeigt sich im Rahmen der pflegerischen Notfallversorgung, dass etwa in Hausnotrufsystemen und gemeinsamen Bereitschaftsdiensten Not-einsätze und Touren von Bereitschaftsdiensten in geeigneter Weise organisiert werden.

Eine weitere Voraussetzung, die § 72 Abs. 3 Nr. 2 SGB XI formuliert, ist die wirtschaftliche pflegerische Versorgung. Lange Anfahrtswege, zeitaufwändige Suche nach Parkplätzen betreffen nicht nur Sachkosten (etwa des Fuhrparks), sondern produzieren auch unproduktive Arbeitszeiten bei den Pflegepersonen. Fahrzeiten werden zudem von der Verkehrs- und Witterungslage beeinflusst. Andererseits können sich auch Synergieeffekte einer Tourenplanung ergeben, die auch aus der Versorgung außerhalb des Einzugsbereichs resultieren. Gerade in städtischen Gebieten könnte die strikte Betrachtung der Entfernungskilometer auch zu Unwirtschaftlichkeiten führen. In jedem Fall ist für die Wirtschaft-

2 Der nachfolgende Exkurs geht im Wesentlichen auf Diskussionsbeiträge, eine schriftliche Ausarbeitung und Gespräche des Verfassers mit Herrn Harold Engel (AOK-Bundesverband) im Rahmen eines Workshops und anschließenden Gesprächs zurück. Ich danke Herrn Engel sehr dafür, dass er seine Expertise zur Verfügung gestellt hat.

lichkeitsbetrachtung ambivalent, ob die einzelne Versorgung oder die Versorgungstouren betrachtet werden. Sowohl auf gesetzgeberischer Ebene als auch auf der Ebene von Leistungserbringungsverträgen wurde entschieden, Einzugsbereiche nicht über das Wirtschaftlichkeitsgebot zu steuern respektive steuern zu können. So sieht die Rahmenempfehlung gemäß § 132a Abs. 1 SGB V mit den Leistungserbringerverbänden eine explizite Regelung der Mehrvergütung für Versorgung außerhalb des Einzugsbereichs vor (§ 7 Nr. 24 Rahmenempfehlung). Diese Regelung ist das Ergebnis des Leistungs- und Leistungserbringungsrechts in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts.

Eine Reihe von Rahmenverträgen und Preisvereinbarungen sind mittlerweile kollektiv ausgestaltet, also nicht an den Kosten eines einzelnen Pflegedienstes oder den Kosten einer einzelnen Versorgung ausgerichtet. So werden Einheitspreise aus Mischkalkulationen oder der Fortschreibung geeinter Werte festgelegt. Es fehlt den Rahmenverträgen damit an Richtwerten, an denen sich Individualabrechnungen mit einzelnen Pflegediensten bezüglich einer Rechnungskürzung wegen überhöhter Fahrzeiten oder Fahrstrecken orientieren.

Entscheidend sind wirtschaftlich gesehen eher die „verkehrsabhängigen“ Fahrzeiten als die Entfernungskilometer, da die Personalkosten die Sachkosten dominieren. Fahrtkosten – im Sinne der aufsuchenden Mobilitätskosten der Pflegedienste, nicht im Sinne der Fahrtkosten für Versicherte gemäß § 60 SGB V in Verbindung mit den Krankentransportrichtlinien – sind zum Teil kalkulatorisch in die Hauptleistung eingepreist oder pauschal nach Tageszeit, nicht nach Entfernung, gesondert vereinbart. Um das Wirtschaftlichkeitsgebot bei längeren Fahrstrecken operationalisierbar zu machen, müsste es Kilometergelder und minutenabhängige Fahrzeitvergütungen geben, ähnlich wie dies bei Taxen über die Taxiuhren im Pflichtfahrgebiet geschieht. Diese wären dann einem Normwert gegenüberzustellen, was mit erheblichem bürokratischem Aufwand verbunden wäre.

Die Einpreisung kalkulatorisch durchschnittlicher Fahrzeiten in eine Vergütungsziffer hätte auf der Individualebene kaum steuernde Wirkung. Gleichzeitig sind auch schon heute die Fahrstrecken-/Zeitdifferenzen bei der Stadt- und der Landversorgung bezüglich der Vergütung nicht friktionsfrei. Es liegt, so unterstellen die Regelungen, im wirtschaftlichen Interesse der Pflegedienste selbst, die Fahrzeiten im Rahmen von Übernahmen der Einzelversorgung zu berücksichtigen.

De lege lata lassen sich weder über das Zulassungsrecht noch über das Vergütungssystem im SGB XI Bedarfsplanung oder gar Bedarfssteuerung lokal oder überregional im ambulanten Pflegemarkt realisieren. Der AOK-Bundesverband hat in seinen Eckpunkten Vorschläge zu einer gemeinsamen bedarfsorientierten Steuerung durch Pflegekassen und Kommunen zur Diskussion gestellt (AOK-Bundesverband 2024; vgl. auch Klie 2024a).

#### 4.2.3 Verantwortung für die (qualitative) Sicherstellung der Pflege

Das Leistungsrecht des SGB XI schließt nicht vollständig aus, dass Pflegekassen Sachleistungen selbst erbringen. Zu den von der Pflegekasse selbst erbrachten Sach- oder Dienstleistungen gehört etwa die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI oder die Leistungserbringung durch eine bei der Pflegekasse selbst angestellte Pflegekraft, § 36 Abs. 1 Satz 3 in Verbindung § 77 Abs. 2 SGB XI (vgl. Becker a. a. O. Rz. 16). Anders als in der Rentenversicherung etwa dürfen Pflegekassen keine eigenen Einrichtungen unterhalten. Nicht vom Sicherstellungsauftrag erfasst werden grundsätzlich die Bereiche, in denen der Versicherte seine erforderliche Grundpflege oder hauswirtschaftliche Versorgung sowie pflegerische Betreuung selbst sicherstellt und Pflegegeld nach § 37 SGB XI in Anspruch nimmt. Hier liegt keine Sachleistung vor. Insofern entfällt hier auch die Qualitätsverantwortung für die erbrachten Leistungen seitens der Pfl-

gekassen. Allerdings stellt der Medizinische Dienst im Zusammenhang mit der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 18 ff SGB XI im Einzelfall fest, ob bei Pflegegeldbezug die Pflege sichergestellt ist. Ist dies nicht der Fall, hat die Pflegekasse zum einen eine Beratungsobliegenheit gemäß §§ 7, 7a SGB XI sowie gegebenenfalls die Möglichkeit und Verpflichtung, die Gewährung von Geldleistungen zu versagen und das Pflegearrangement auf Sachleistungen „umzustellen“, § 18 Abs. 6 SGB XI. Nach altem Recht hatte der Medizinische Dienst überdies die Aufgabe, im Pflegegutachten einen individuellen Pflegeplan zu erstellen, der Aussagen und Vorschläge zu den im Bereich der pflegerischen Leistungen und im Einzelfall erforderlichen Hilfen enthalten sollte. Diese Aufgabe wurde jetzt i. W. in die Pflegeberatung verlagert (§ 7a Abs. 1 Nr. 2 SGB XI). Der Anspruch auf das Pflegegeld gem. § 37 SGB XI ist dem Sachleistungsanspruch auf Leistungen häuslicher Pflege nachgeordnet – anders als im SGB XII – und setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderliche pflegerische Unterstützung sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Die Feststellungen des Medizinischen Dienstes sind jeweils den Pflegekassen im Rahmen der Übermittlung der Pflegebegutachtung weiterzuleiten. Sie haben diese entsprechend auszuwerten, um im weiteren Sinne die pflegerische Versorgung ihrer Versicherten „sicherzustellen“ (vgl. Büscher und Klie 2023). Sie haben dann zu intervenieren, wenn der Pflegebedürftige die Pflege selbst nicht in „geeigneter Weise“ sicherstellt.

#### 4.2.4 Kontrahierungszwang und Wettbewerbsorientierung: Limitationen der Steuerungsoptionen

Im Wesentlichen nehmen die Pflegekassen ihren Sicherstellungsauftrag im Rahmen der Sachleistungsverschaffung durch Abschluss von Versorgungsverträgen mit Leistungser-

bringern der sozialen Pflegeversicherung wahr. Ihnen kommt dabei keine öffentlich-rechtliche Regulierungsfunktion zu, so ausdrücklich Becker a. a. O. Rz. 45. Die Pflegekassen haben bei der Entscheidung, ob sie einen Versorgungsvertrag schließen, nicht zu berücksichtigen, ob noch weiterer Bedarf für Pflegeleistungen besteht. Sie haben auch keine Auswahlentscheidung zwischen verschiedenen Anbietern zu treffen (so das BSG B 3 P 9/00 R v. 28.06.2001 und B 3 P01/05 R vom 24.05.2006 in einschränkender Auslegung des § 72 Abs. 3 Satz 3 SGB XI – s. o.). Ihnen steht auch nicht das Recht zu, eine negative Entscheidung über den Zutritt zu einem Pflegemarkt davon abhängig zu machen, ob sie einen entsprechenden Bedarf für den Pflegedienst oder die Pflegeeinrichtung sehen. Sie sind vielmehr verpflichtet, mit allen Pflegeeinrichtungen, die die Mindestvoraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß § 71, 72 Abs. SGB XI erfüllen, einen entsprechenden Vertrag zu schließen, auf den die Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 3 SGB XI auch einen grundrechtlich geschützten Anspruch aus Artikel 3, 12 und 14 GG haben. Das SGB XI hat einen Kontrahierungszwang angeordnet (vgl. Richter in Klie et al. 2014, § 69 Rz. 10), die Pflegekassen trifft lediglich eine Verschaffungspflicht zur Umsetzung des Sachleistungsprinzips. Ob, wie von Kirstein et al. (2023) formuliert, die Pflegekassen ihrem Sicherstellungsauftrag angesichts aktueller Versorgungsprobleme aktiver nachkommen sollen und müssen und vor allem können, wird zu diskutieren sein. Die Autoren vertreten die Ansicht, dass der Verweis auf die Sicherstellung durch Vertragsabschlüsse in Krisenzeiten nicht ausreicht und verweisen auf eine bestehende Haftung aus dem Versicherungsverhältnis als Sonderverbindung zwischen Versicherten und Kassen. Sie verlangen die Prüfung von Verlegungsmöglichkeiten in andere stationäre Einrichtungen – bei Insolvenzen etwa – ebenso wie die Neuverhandlung der Pflegesätze bei unvorhersehbaren wesentlichen Änderungen. Auch halten sie eine weitreichende Vorschrift für Verhandlungslösungen zwischen Kassen

und Betreibern wie § 150 SGB XI für „Corona“ in Krisensituation für notwendig.

Die Vorschrift des § 150 Abs. 1 Satz 1 SGB XI ist auf eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der pflegerischen Leistungserbringung infolge des Coronavirus SARS-CoV-2 ausgerichtet und beschränkt ihren Anwendungsbereich ausdrücklich auf diesen besonderen Fall. Eine Erstreckung auf andere Katastrophenfälle erscheint wegen der dort ebenfalls möglichen Beeinträchtigung von Pflegestrukturen zwar de lege lata wünschenswert, ist aber nach der aktuellen Rechtslage nicht vorgesehen (vgl. Hahn 2021).

### 4.3 Steuerungsoptionen für die Kommunen

#### 4.3.1 Rolle der Kommunen

Die Rolle der Kommunen im Zusammenhang mit der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ist mit Einführung der Pflegeversicherung 1994 deutlich geschwächt worden. Seinerzeit waren die Sozialhilfeträger die wesentlichen Player. Mit ihnen waren gegebenenfalls Pflegesatzvereinbarungen sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich abzuschließen. Entsprechend standen ihnen andere Steuerungsoptionen zur Verfügung als nach geltendem Recht. Hinzu kommt, dass das Recht der Sozialhilfe nicht in der Weise wettbewerbsorientiert ausgerichtet war wie die Pflegeversicherung. Es wird noch auf das Konzept der Sozialstation, das in den 1970er und 1980er Jahren auf kommunaler Ebene prägend war, als eine mögliche Perspektive für die Steuerung der Infrastruktur einzugehen sein.

In dem konsequent wettbewerbsorientierten Recht der Pflegeversicherung sind die Steuerungsoptionen der Kommunen faktisch kaum mehr vorhanden. Sie bleiben, so sie gleichzeitig Sozialhilfeträger sind, Verhandlungspartner bei den Pflegesatzverhandlungen – allerdings ohne steuernden Einfluss hinsichtlich der Infrastruktur. Den Kommunen bleibt die Aufgabe der pflegerischen und ge-

sundheitlichen Versorgung als Aufgabe der Daseinsvorsorge, wobei sie das europäische Wettbewerbsrecht ebenso zu berücksichtigen haben wie das Subsidiaritätsprinzip und die Schrankentrias (vgl. Klie 2023), so sie selbst kommunalwirtschaftlich tätig werden wollen. Es stehen allerdings auch weiche Steuerungsoptionen zur Verfügung, mit denen sie gegebenenfalls Einfluss auf die pflegerische Infrastruktur nehmen können. In dem hier besonders interessierenden Zusammenhang ambulanter Dienste können sie über Care- und Case-Management-Ansätze, die in Pflegestützpunkten oder Pflegenetzwerken verankert sind, die Systemebene der Steuerung mit in den Blick nehmen (vgl. Monzer 2018). So es um Einzugsbereiche von Pflegediensten geht, sind auch ihre Handlungsoptionen begrenzt. Im Rahmen von Pflegekonferenzen und kommunaler Pflegeplanung finden sich regional Absprachen über Einzugsbereiche zwischen den Pflegediensten. In Großstädten werden bisweilen ungewöhnliche Maßnahmen ergriffen, indem etwa die Parkberechtigung für die Fahrzeuge von ambulanten Pflegediensten nach Straßenzügen respektive Sozialräumen jeweils nur an einen Pflegedienst vergeben wird, so praktiziert etwa in Berlin Charlottenburg-Wilmersdorf (vgl. nicht veröffentlichte Dokumentation der Bezirksworkshops im Rahmen des Altenhilfestrukturegesetzes 2023). Einfluss haben die Kommunen auch im Rahmen der Quartiersentwicklung. Potenzielle nachbarschaftliche und bürgerschaftliche Unterstützung können von den Kommunen in vielfältiger Weise befördert und stabilisiert respektive eröffnet werden. Das gilt auch und gerade für die sogenannten „niedrigschwelligen“ Angebote, die im Rahmen der Pflegeversicherung vorgesehen sind und bei deren Zulassung die Kommunen je nach Landesrecht eine maßgebliche Rolle spielen – allerdings unter den im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung der Pflegeversicherung festgelegten Qualitätsvorgaben. Die Kommunen haben, so sie direkt Sozialhilfeträger sind oder sich an den entsprechenden Umlagen der überörtlichen Träger der Sozialhilfe beteiligen müssen – ein Interesse daran,

dass die Kosten der Hilfe zur Pflege nicht weiter steigen. Diese hängen im Wesentlichen mit den über die Pflegeversicherung nicht gedeckten und von den Bewohnerinnen und Bewohnern häufig nicht aus Eigenmitteln zu tragenden Heimkosten zusammen. Insofern haben die Kommunen vielfältige Strategien entwickelt, wie sie auf die Pflegekultur und Pflegearrangements Einfluss nehmen können. Sie reichen von seniorenpolitischen Gesamtkonzepten wie etwa in Bayern und Mecklenburg-Vorpommern bis hin zu Pflegestrukturplänen in Rheinland-Pfalz. Aber auch die Prüfung der Heimbedürftigkeit gem. § 63a SGB XII gehört zu den in einigen Bundesländern etablierten Maßnahmen.

### 4.3.2 Unterschiede und ihre Hintergründe

In Deutschland kann keineswegs von gleichwertigen Lebensbedingungen für auf Pflege angewiesene Menschen die Rede sein. Das macht in anschaulicher und in sehr profunder Weise der Beitrag von Behrendt et al., ► Kap. 1 in diesem Band deutlich. Im Zusammenhang mit Studien zum Pflegepersonalbedarf in einer Reihe von Bundesländern – Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen und Saarland – haben AGP Sozialforschung und das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) den regionalen Unterschieden in der Verteilung von Pflegearrangements besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Dies geschah vor allen Dingen vor dem Hintergrund, dass die Verteilung der Pflegearrangements von selbstorganisierten pfleggeldbasierten Arrangements bis hin zu vollstationären Versorgungsformen einen großen Einfluss auf den Personalbedarf in den Regionen hat. Am Beispiel des Freistaats Bayern soll nachfolgend die Vorgehensweise für die Erstellung von regionalen Profilen der Langzeitpflege skizziert werden (vgl. Isfort und Klie 2024).

Um möglichst präzise kleinräumige Strukturdaten für die Langzeitpflege aufzubereiten,

wurden für alle 96 Landkreise und kreisfreie Städte in Bayern („Regionen“) gesonderte Auswertungen vorgenommen. Die Auswertungen wurden in Kurzprofile überführt mit folgenden Themen:

- Pflegequote: prozentualer Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung
- Verteilung der Pflegearrangements – reiner Pflegegeldbezug, Inanspruchnahme ambulanter Dienste, stationäre Versorgung.
- Personalfaktor: Bedarf an beruflich Pflegenden pro hundert Pflegebedürftigen
- Informelles Pflegepotenzial

Die Daten basieren auf der Pflegestatistik 2021 und der amtlichen Statistik zum Jahresende 2021.

Bei der Pflegequote zeigen sich deutliche regionale Unterschiede in Bayern. Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und durch ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung bezogen auf Leistungen der Pflegeversicherung (haushaltsökonomische Aspekte – aktuell weniger durch demographische Effekte) ist die Pflegequote insgesamt gestiegen. Unterschiede finden sich auch für die Anteile der Leistungsarten. Alle drei Anteile variieren in Bayern mit rund 25–35 Prozentpunkten Unterschied zwischen der Region mit dem höchsten und der Region mit den niedrigsten Anteilen. Bei den stationär versorgten Pflegebedürftigen liegt der niedrigste Anteil beispielsweise bei 11,4 % im Landkreis Straubing-Bogen; der höchste mit 34,5 % in der Stadt Bayreuth. Eine noch größere Spannweite zeigt sich bei der ambulanten Pflege und beim Pflegegeld: Während im Landkreis Erding im Jahr 2021 nur 13,6 % der Pflegebedürftigen durch ambulante Pflegedienste versorgt wurden, waren es in der Stadt Passau 47,3 %. Dort bezogen auch lediglich 33,0 % der von Pflege Betroffenen Pflegegeld – um ein Vielfaches mehr waren es mit 70,2 % im Landkreis Straubing-Bogen.

Der regionale Versorgungsmix hat großen Einfluss darauf, wer in welchem Umfang vor Ort Sorge- und Pflegearbeit leistet. Für den Bereich der beruflich Pflegenden wur-

**Tab. 4.1** Personalfaktoren 2021 in den Regionen Bayerns (Personal pro 100 Pflegebedürftige)

Regionen	Gesamt	Pflege	Betreuung	Hauswirtschaft
Freyung-Grafenau (Lkr)	19,4	14,1	2,1	3,2
Würzburg (Lkr)	20,5	15,0	2,1	3,4
Aschaffenburg (Lkr)	21,0	15,3	2,2	3,5
...				
Ø Bayern	30,1	22,1	3,1	4,9
...				
Kulmbach (Lkr)	40,0	29,8	3,8	6,3
Rosenheim (Lkr)	40,6	29,2	4,5	6,9
Regensburg (Krfir.St)	41,8	31,0	4,1	6,7

Pflege-Report 2024

de auf der Grundlage der Pflegestatistik 2021 der regionale Personalfaktor pro 100 pflegebedürftige Personen berechnet. Dieser umfasst rechnerisch das eingesetzte Personal in den Bereichen Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft, in Abhängigkeit vom regionalen Versorgungsmix (d. h. ohne Verwaltungspersonal etc.).<sup>3,4</sup> Je nach regionalen Anteilen von ambulanter, stationärer Pflege und Pflegegeldbezug zeigen sich sehr unterschiedliche regionale Personalfaktoren in den Regionen Bayerns (Tab. 4.1).

Auf Basis des regionalen Personalfaktors wurde zudem errechnet, wie hoch die ungefähre wöchentliche Arbeitszeit aller beruflich

Pflegenden je Region ausfällt.<sup>5</sup> Gleiches wurde approximativ für die informell Pflegenden durchgeführt. Dazu wurden in einer einfachen Modellrechnung erhobene Werte aus entsprechenden Studien zur Sorge- und Pflegearbeit von Angehörigen verwendet.<sup>6</sup> Die jeweils ermittelten Werte dienen einem groben Vergleich der wöchentlich geleisteten Pflege- und Sorgearbeit zwischen beruflich Pflegenden und pflegenden Angehörigen.

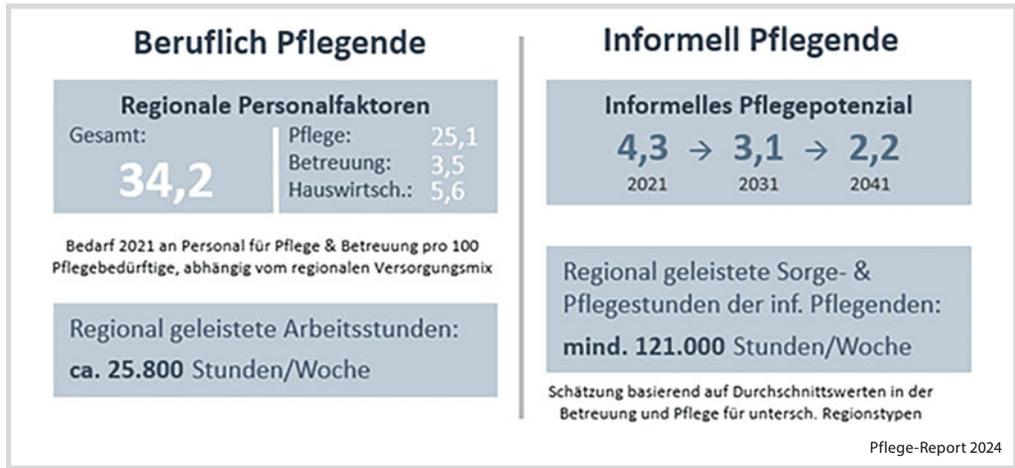
Sie stellen in diesem Sinne eher eine Illustration des für die Betroffenen, aber auch für das Pflegesystem insgesamt bedeutsamen und

3 Dieser Rechnung liegt zugrunde, dass laut Pflegestatistik 2021 landesweit in der stationären Pflege pro pflegebedürftige Person ein Personaleinsatz in Höhe von 0,92 (2017: 0,86) erfolgte. In der ambulanten Pflege liegt dieser Faktor bei einem Stellenanteil von 0,42 (2017: 0,48) pro versorgte Person.

4 Zu beachten ist, dass die genannten Stellenanteile aufgrund von unzureichenden Daten zur exakten Berechnung der Verteilung von Stellenanteilen der Beschäftigten keine Vollzeitäquivalente darstellen. Zu beobachten ist weiterhin, dass der Personaleinsatz pro pflegebedürftige Person laut Pflegestatistik in der stationären Pflege seit 2017 leicht zugenommen hat, in der ambulanten Pflege hingegen etwas zurückgegangen ist.

5 Diese Berechnung stellt lediglich eine grobe Schätzung auf Basis der verfügbaren Daten der Pflegestatistik 2021 zum regionalen Versorgungsmix, zur Anzahl an Beschäftigten und verfügbaren VZÄ in ambulanter und stationärer Pflege dar. Letztere können aufgrund ungenauer Angaben in der Pflegestatistik nur geschätzt werden. Abgezogen wurde zudem ein üblicher Overhead von 20 % (Urlaub, Krankheit, Fortbildungen etc.), um eine realistische Nettoarbeitszeit zu erhalten. Nicht einbezogen werden konnten Überstunden o. ä.

6 Die Einstufung nach ländlichen und städtischen Regionen erfolgt entlang der Einstufung des BBSR in der Raumbesichtigung. Für die städtischen Regionen wurden 13 h/Woche, für ländliche Regionen 45 h/Woche angelegt. Vgl. hierzu z. B. Blinkert und Klie (2006) oder aktueller: Raker et al. (2020).



■ **Abb. 4.1** Beruflich und informell Pflegende – Beispiel aus den regionalen Profilen Langzeitpflege (LKr. Tirschenreuth)

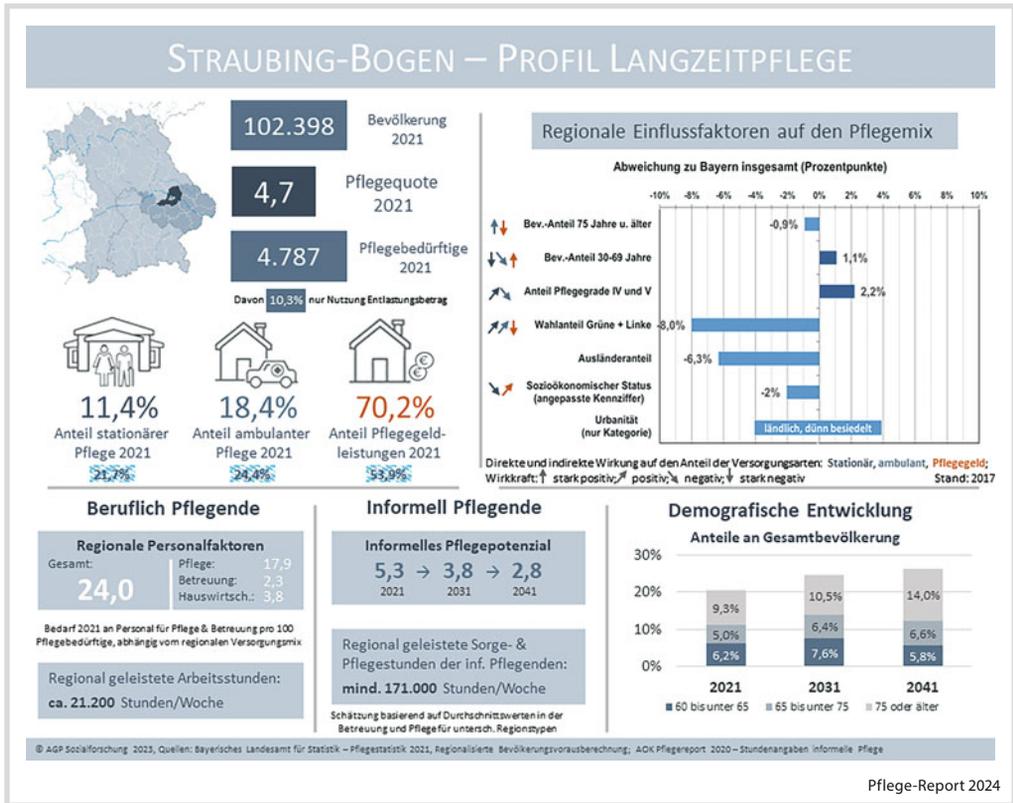
häufig wenig gewürdigten Engagements von Angehörigen dar (■ Abb. 4.1).

Das hohe Engagement der Angehörigen im privaten Umfeld – immerhin versorgen sie nun mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen im Land – stößt in den kommenden Jahren schon demographiebedingt an seine Grenzen. Ein Gradmesser für den Faktor Demographie stellt in diesem Zusammenhang das sogenannte „informelle Pflegepotenzial“ dar: Es ist ein Wert, der das Potenzial familiärer Angehörigenpflege beschreibt und hierbei insbesondere als Kennziffer im Zeitverlauf bedeutsam ist. Der Indikator drückt aus, wie viele Personen im Alter von 30 bis 69 Jahren als potenziell informell Pflegende einer Person im Alter von 75 Jahren oder älter (potenziell Pflegebedürftige) gegenüberstehen.<sup>7</sup> In allen Regionen Bayerns geht das informelle Pflegepotenzial in den kommenden 20 Jahren zurück, allerdings auf unterschiedlichem Niveau und verschieden stark.

In der demographischen Entwicklung in den Regionen Bayerns zeichnen sich mit dem Älterwerden der Babyboomer-Generation in den kommenden zehn bis zwanzig Jahren besonders deutliche Veränderungen ab. In der Anfang 2023 veröffentlichten regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes in Bayern (Bayerisches Landesamt für Statistik 2023) zeigen sich deutliche Zunahmen insbesondere bei den Hochaltrigen von 75 Jahren und älter. Bis 2041 nimmt ihr Anteil landesweit um über drei Prozentpunkte zu. Dadurch, dass in der Altersgruppe 75+ der Anteil der Pflegebedürftigen besonders hoch ausfällt (2021 waren es bayernweit ca. 34 %), ist analog mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen zu rechnen.

Die relative Entwicklung aufgrund des demographischen Wandels lässt sich aus den Daten gut ablesen. Die Entwicklung der Generation 75+ in den Kreisprofilen – ggf. im Vergleich zum landesweiten Schnitt – ist dabei von besonderem Interesse. So lässt sich zumindest mittelbar erkennen, inwieweit die demographische Entwicklung in den Regionen Bayerns in den kommenden Jahren zu einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen führen wird.

<sup>7</sup> Die empirisch bedeutsame Partnerpflege, an der überwiegend über 70-Jährige beteiligt sind, kann in dem Indikator nicht berücksichtigt werden.



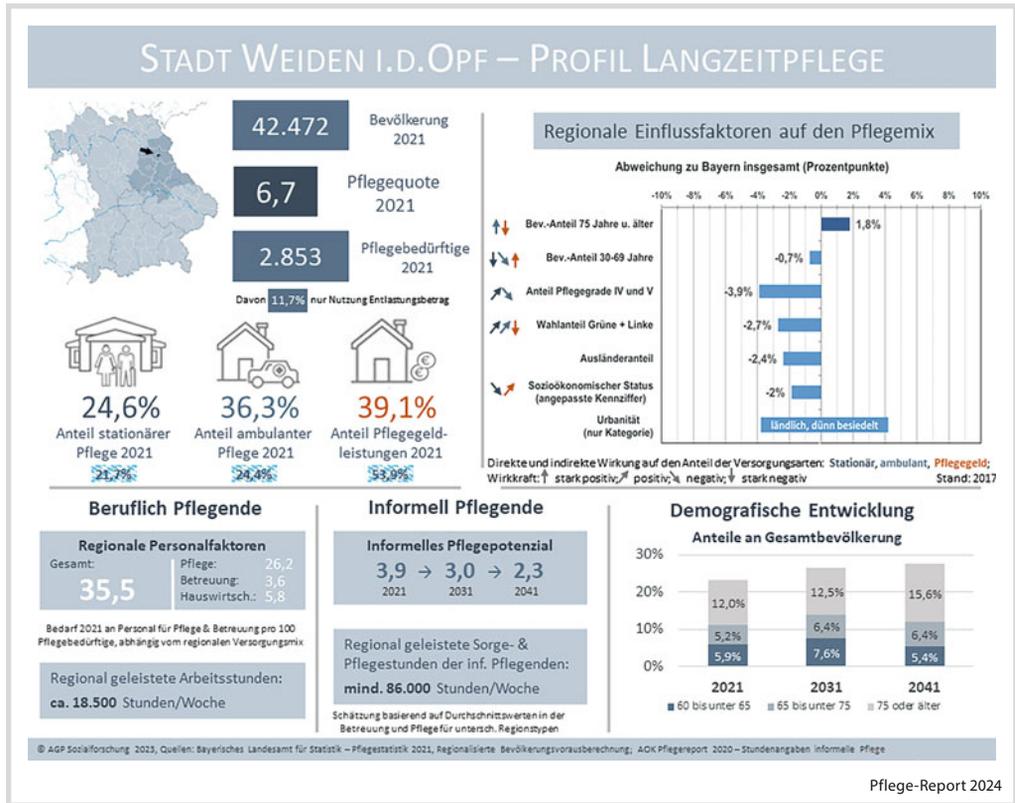
▣ **Abb. 4.2** Langzeitpflegeprofil Straubing-Bogen. (Quelle: Isfort und Klie 2024)

Neben der Ermittlung der Pflegequote, des regionalen Personalfaktors sowie des informellen Pflegepotenzials und der demographischen Entwicklung wurden weitere regionale Einflussfaktoren auf den Pflegemix in den Blick genommen – und dies vor dem Hintergrund, dass es maßgebliche milieuspezifische Unterschiede in der Präferenz, aber auch der Empirie von Pflegearrangements in der Bevölkerung zu verzeichnen gilt (vgl. Klie und Blinkert 2002).<sup>8</sup> Für alle 96 Kreise und kreisfreien Städte in Bayern, aber auch für die 55 Gebietskörperschaften in Baden-Württemberg (vgl. Isfort und Klie 2023) wurden Regionalprofile erstellt und exemplarisch Regionen hinsichtlich der Hintergründe für die doch sehr unterschiedlichen Profile analysiert (vgl.

Isfort und Klie 2023, 2024). Nachfolgend werden zwei besonders auffällige Landkreisprofile aus Bayern vorgestellt. Der Kreis Straubing-Bogen verfügt über den höchsten Pflegegeldleistungsanteil in Bayern und den niedrigsten Anteil stationärer Pflege (vgl. ▣ Abb. 4.2). Entsprechend niedrig fällt auch der regionale Personalfaktor aus. Dabei wird beim Landkreis Straubing-Bogen in besonderer Weise deutlich, auf welche Entwicklung demographischer Art, aber auch damit zusammenhängend hinsichtlich des informellen Pflegepotenzials sich der Landkreis einzustellen hat.

Das zweite Beispiel, die Stadt Weiden, weist einen der niedrigsten Pflegegeldleistungsanteile in Bayern aus und einen vergleichsweise hohen Anteil stationärer Pflege mit einem entsprechend deutlich höheren Personalfaktor (vgl. ▣ Abb. 4.3). Hoch ist in der

8 Zur näheren Erläuterung vgl. Isfort und Klie 2024.



■ **Abb. 4.3** Langzeitpflegeprofil Stadt Weiden i. d. Oberpfalz. (Quelle: Isfort und Klie 2024)

Stadt Weiden auch der Anteil ambulanter Pflege.

Bei qualitativen Analysen (auch außerhalb Bayerns) von Land- und Stadtkreisen respektive kreisfreien Städten konnten zum Teil die Hintergründe eruiert werden. So konnte etwa für den Kreis Schwäbisch-Gmünd im Monitoring Pflegepersonalbedarf nachgezeichnet werden, dass die Tradition von Krankenpflegevereinen und ein relativ hoher Anteil freigemeinnütziger Träger der ambulanten Versorgung mit einer deutlich höheren Inanspruchnahme ambulanter Dienste und entsprechenden Pflegearrangements korreliert. Für den Landkreis Waldshut konnte gezeigt werden, dass in dünn besiedelten ländlichen Regionen wie dem Hochschwarzwald die Versorgung durch ambulante Dienste kaum mehr als sichergestellt erscheint (vgl. Isfort und Klie

2023). Durch die generalistische Ausbildung wird die Gewinnung von Nachwuchs für ambulante Dienste in manchen ländlichen Regionen deutlich erschwert, da die ambulanten Dienste kaum Partner für Ausbildungverbünde finden. Im Landkreis Waldshut zeigte sich mit deutlichen Unterschieden innerhalb der Regionen die Konsequenz aus der Unterversorgung mit ambulanten Diensten darin, dass ein hoher Anteil pflegesensitiver Krankenhauseinweisungen zu verzeichnen war – und dies in einem Krankenhaus, das an sich aus der Krankenhausbedarfsplanung herausgefallen war.

Die hier skizzierten und hergeleiteten Unterschiede der regionalen Versorgungssituation in der Langzeitpflege und der Rolle ambulanter Dienste machen erkennbar, dass Kommunen keineswegs vor gleichen Ausgangslä-

gen stehen. Es wird gleichzeitig erkennbar, wo gegebenenfalls Einflussfaktoren und Steuerungsoptionen für die Kommunen liegen. Die Hintergründe für die Verteilung von Pflegearrangements auf regionaler Ebene sind jeweils spezifisch. Sie liegen in kulturellen, infrastrukturellen, aber auch regionalplanerischen sowie quartiers- und dorfbezogenen Faktoren.

4

### 4.3.3 Interventionsoptionen auf kommunaler Ebene

Wie oben skizziert, haben die Kommunen keine harten Instrumente der Planung in der Hand, es sei denn, auf bundesgesetzlicher Ebene wird der Kontrahierungszwang in der Pflegeversicherung aufgehoben oder/und mit Bedarfsbestätigungen verbunden. Gleichwohl zeigen etwa Beispiele kommunaler Planungen (exemplarisch Zietz 2022) sowie Studien zu den Wirkungen von Care- und Case-Management-Ansätzen, dass sowohl die Nachfrage nach Heimplätzen gesteuert als auch das informelle Pflegepotenzial und die Stabilität häuslicher Pflegearrangements durch kommunale Maßnahmen beeinflusst werden können (vgl. Klie 2024b im Erscheinen). Allerdings ist es keineswegs selbstverständlich, dass das Thema Pflege in der Kommunalpolitik hohe Priorität genießt. Nicht zuletzt aus Konnexitätsgründen sind die Länder ausgesprochen zurückhaltend, wenn es um Verpflichtungen der Kommunen zur Pflegebedarfs- oder -strukturplanung geht (vgl. Isfort und Klie 2024).

Über Zuständigkeiten und Steuerungsoptionen verfügen die Kommunen – unabhängig von Planungs- und Infrastrukturmaßnahmen – als Sozialhilfeträger, wobei ambulante Versorgungsarrangements kaum Transferleistungen der Hilfe zur Pflege gem. § 61 ff. SGB XII kennen. Der ganz überwiegende Anteil der Sozialhilfeleistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege wird für die stationäre Pflege aufgewandt. Für sie liegt gleichwohl die Zuständigkeit der Kommunen als Sozialhilfeträger, solange keine überörtlichen Sozialhilfeträger zuständig sind, sowohl für die Hilfen

im Vorfeld der Pflege und unter präventiven Gesichtspunkten, § 71 SGB XII (vgl. Klie 2020), im Rahmen der Hilfe zur Weiterführung des Haushalts gem. § 70 SGB XII – und durchaus im Einzelfall auch für die Hilfe zur Pflege im eigenen Haushalt oder in ambulant betreuten Wohngemeinschaften, die als wohnortnahe regionale Infrastruktur zunehmend an Bedeutung gewinnen. Schließlich bleiben die Kommunen Kreise und kreisfreien Städte respektive Stadtkreise auch zuständig für den Erwachsenenschutz als Betreuungs-, aber auch Polizeibehörde, so sie mit Haushalten konfrontiert werden, in denen Menschen unversorgt, von Obdachlosigkeit bedroht oder in ihren elementaren Menschenrechten etwa durch Gewalthandlungen bedroht sind (vgl. Klie 2021). Ihnen kommt als Sozialhilfeträger gegebenenfalls eine der Kinder- und Jugendhilfe vergleichbare Garantenstellung zu, wenn entsprechende erwachsenenschutzrechtliche Konstellationen bekannt werden (vgl. Hoffmann 2010).

Inwieweit Kommunen schließlich kommunalwirtschaftlich im Bereich der ambulanten Pflege tätig werden, hängt jeweils von der kommunalwirtschaftlichen Kompetenz, aber auch der Existenz entsprechender Betriebe ab. Ebenso wie Kreiskrankenhäuser bisweilen MVZs ausgründen, um die medizinische Versorgung der regionalen Bevölkerung sicherzustellen und auch die Nachsorge nach Krankenhausaufenthalten zu gewährleisten, gilt dies zum Teil auch für ambulante Dienste in unterversorgten Regionen. Kreiskrankenhäuser haben gegebenenfalls ein elementares Interesse daran, pflegesensitive Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Auch kann es ein kommunalpolitisches Ziel sein, kreisangehörige Gemeinden in ihrer Leistungsfähigkeit in der ambulanten Versorgung dort zu stärken, wo der Markt diese Gewährleistungsfunktion nicht mehr wahrnimmt.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Beispielgebend ist der Landkreis Würzburg mit seinem breiten Portfolio kommunalwirtschaftlicher Aktivitäten im Bereich der Altenhilfe und Pflege (vgl. Klie 2022).

#### 4.4 Modell Sozialstation revisited?

Die Auseinandersetzung um die Sicherstellung der ambulanten pflegerischen Versorgung wurde auch schon lange vor der Einführung der Pflegeversicherung geführt. Einige der dabei gemachten Erfahrungen können für die heutige Diskussion von Nutzen sein. Nach einem weitgehenden Stillstand hinsichtlich der ambulanten pflegerischen Versorgung in der Nachkriegszeit wurde gegen Ende der 1960er Jahre das Modell der Sozialstationen entwickelt. Darin sollten kranken- und sozialpflegerische Dienste gebündelt werden und sie sollten das gesamte Spektrum an Unterstützung in der ambulanten pflegerischen Versorgung umfassen, von der Kranken- und Altenpflege über hauswirtschaftliche Dienstleistungen bis zu weiteren Diensten wie z. B. Transportdiensten (Grunow et al. 1979; Moers 1997). Auch die Beratung war ein wichtiges Ziel. Betrieben wurden die Sozialstationen von den Wohlfahrtsverbänden. Ihr Einzugsbereich orientierte sich an kommunalen oder anderen, wie z. B. kirchengemeindlichen, Grenzen. Durch ihre lokale Verankerung und Präsenz sollten sie Anlauf- und Begegnungsstätte auf lokaler Ebene werden.

Als bedeutsam wurde diese Entwicklung vor allem deshalb eingestuft, weil damit ein deutliches Zeichen gegen die Institutionalisierung alter und pflegebedürftiger Menschen gesetzt und stattdessen versucht wurde, das Subsidiaritätsprinzip umzusetzen, in dem informellen Hilfen durch pflegende Angehörige eine formalisierte Pflegeinfrastruktur an die Seite gestellt wurde (Moers 1997; Büscher 2011). Problematisch war an dem Ansatz, dass eine konzeptionelle Entwicklung der Sozialstationen zwischen unterschiedlichen Ansprüchen und Vorstellungen sich kaum entfalten konnte. Waren es auf der einen Seite Vorstellungen einer Fortsetzung der „Gemeindegemeinschaft“, die auch seelsorgerisch und viele Lebensbereiche betreuend unterwegs ist, standen dieser Wünsche nach einer stärkeren Unterstützung medizinischer Behandlungen ge-

genüber. Beidem konnten die Sozialstationen nur bedingt gerecht werden: Den Kirchengemeinden gingen die betreuenden Ansätze nicht weit genug, die Ärzteschaft war skeptisch hinsichtlich der Übernahme vormalig in Hausarztpraxen durchgeführter Aufgaben wie dem Verabreichen von Injektionen oder dem Anlegen von Verbänden (Moers 1997). Unabhängig davon konnten sich einige Sozialstationen jedoch gut als lokale Anlaufstellen etablieren. Sie bauten Versorgungsstrukturen mit ausdrücklicher Gemeinwesenorientierung auf und konnten aufgrund des engen Kontakts zur Bevölkerung schnell Analysen des lokalen pflegerischen Versorgungsbedarfs erstellen (Hackmann 2001; Damkowski et al. 1988; Damkowski und Precht 1997; Damkowski und Klie 1984).

Im Laufe der Jahre mehrten sich die Anzeichen, dass das Sozialstationsmodell jedoch an seine Kapazitätsgrenzen gestoßen war und dem zunehmenden Bedarf nicht gerecht werden konnte. Entsprechend waren neue Ansätze zur Gewährleistung einer tragfähigen Pflegeinfrastruktur gefragt. Dies war eines der zentralen Ziele bei der Einführung der Pflegeversicherung und die heute geltenden Regelungen des SGB XI zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung bringen dies zum Ausdruck. Das Mittel zum Aufbau dieser besseren Pflegeinfrastruktur war die Schaffung eines Pflegemarktes, auf dem freigemeinnützige, private und auch öffentliche Träger Pflegeleistungen anbieten können, sofern sie einen Versorgungsvertrag mit einer Pflegekasse abgeschlossen haben (vgl. ▶ Abschn. 4.2.1). Verbunden war mit dieser Öffnung des Marktes auch die Erwartung, dass die Nutzerinnen und Nutzer ambulanter Pflegedienste größere Wahlfreiheit bei der Auswahl ihres Pflegedienstes haben und dass die Konkurrenz der Anbieter untereinander einen Beitrag zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualität der ambulanten Pflege leisten sollte. Die konzeptionellen Ansätze der Sozialstationen und die damit gemachten Erfahrungen fanden dabei keine weitere Beachtung.

Die Zahlen seit der Einführung der Pflegeversicherung zeigen, dass die Öffnung des Pflegemarktes bezogen auf den quantitativen Aufbau der Pflegeinfrastruktur offensichtlich erfolgreich war, denn die Zahl der Pflegedienste stieg zwischen 1992 und 1997 erheblich von 4.000 auf 10.700 (BMAS 1998). Mittlerweile liegt ihre Zahl bei etwa 15.400 (Statistisches Bundesamt 2022). Eine kontinuierliche Zunahme ist ebenso bei den Beschäftigten in der ambulanten Pflege zu verzeichnen: So waren 1999 etwa 183.000 Menschen bei ambulanten Pflegediensten beschäftigt. Diese Zahl hat sich bis 2022 auf knapp 443.000 Personen erhöht (Statistisches Bundesamt 2022). Sie ist kontinuierlich angestiegen und hat sich im Laufe der Jahre mehr als verdoppelt.

Nicht erfüllt hat sich die Erwartung einer qualitativen Weiterentwicklung der ambulanten Pflege, die angesichts der sich immer weiter ausdifferenzierenden Bedarfslagen wünschenswert gewesen wäre (Büscher 2011). Angenommen wurde z. B. die Entwicklung von „Pflege-Generalisten“ mit einem breiten Leistungsspektrum für verschiedene Personen- und Patientengruppen ohne weitere Spezialisierung, von „Pflege-Spezialisten“ mit besonders qualifiziertem Personal für besondere Pflegeaufgaben im Rahmen der Behandlungspflege und interdisziplinären Kooperation sowie von „Zielgruppen-Experten“, die sich auf die Bedarfslagen bewusst ausgewählter Gruppen konzentrieren (Schmidt 1998).

Diese erwartete Entwicklung hat in der Breite nicht stattgefunden. Stattdessen findet sich ein wenig ausdifferenziertes, verrichtungsorientiertes Leistungsspektrum der ambulanten Pflege. Die Rahmenvereinbarungen auf Landesebene sehen – trotz unterschiedlicher Formulierungen – im Wesentlichen ein bundesweit vereinheitlichtes Angebot an ambulanten Pflegeleistungen vor, für das jedoch unterschiedliche Preise vereinbart wurden (Heiber und Nett 2018a, 2018b). Damit hat sich in der ambulanten Pflege in Deutschland eine ähnliche Entwicklung wie in den USA vollzogen, wo sich bereits in den 1980er Jahren ein deutlicher Trend zur Homogeni-

sierung des Leistungsspektrums ambulanter Pflege durch sozialpolitische und sozialrechtliche Vorgaben vollzogen hat (Estes und Swan 1993). Auch für Deutschland lässt sich konstatieren, dass die Entwicklung in erster Linie den wenig fachlich geprägten Refinanzierungsbedingungen gefolgt ist und Bedarfsgesichtspunkte bestenfalls sekundär, faktisch jedoch gar nicht Berücksichtigung gefunden haben (Büscher 2011). Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den nur unzureichenden qualifikatorischen Vorbereitungen für eine Tätigkeit in der ambulanten Pflege wider.

Ob und in welchem Ausmaß diese Entwicklung ausreichen wird, um den zu erwartenden Bedarfen in der ambulanten Versorgung zukünftig gerecht zu werden, ist eine offene und mit begründeter Skepsis zu stellende Frage. Zum einen konkurrieren ambulante Pflegedienste mittlerweile nicht mehr vorrangig um die Qualität ihrer Leistungen und die zu versorgenden Pflegehaushalte, die branchenintern als Kunden bezeichnet werden, sondern vor allem um Personal, um ihre Dienste weiter anbieten zu können (Büscher et al. 2022). Sie konkurrieren dabei untereinander, zunehmend aber auch mit stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, gegenüber denen sie über deutlich geringere Ressourcen verfügen. Anzeichen von Verkleinerungstendenzen (Büscher et al. 2022) können ebenfalls beobachtet werden. Danach werden bestimmte Stadtteile oder Dörfer kaum noch angefahren, da der damit verbundene Aufwand für das vorhandene Personal zu groß ist. Zum anderen gibt es unter den bestehenden Bedingungen seitens der Pflegekassen, der Kommunen, aber auch aus fachlicher Perspektive kaum konzeptionelle Antworten auf drängende Fragen der ambulanten pflegerischen Versorgung wie z. B.:

- veränderte Bedarfslagen durch die Anforderungen in der Bewältigung chronischer Erkrankungen und der steigenden Zahl von Menschen mit Demenz,
- neue Gruppen von Nutzerinnen und Nutzern ambulanter Pflege wie Menschen mit

Behinderungen oder Menschen mit Migrationshintergrund,

- Einfluss sozialer Faktoren wie z. B. die Zunahme alleinlebender Menschen und bestehende soziale Ungleichheiten hinsichtlich finanzieller, sozialer und kultureller Ressourcen (Schaeffer et al. 2008).

Wie im zweiten Teil dieses Beitrags dargelegt, unterscheiden sich die Häufigkeit und Ausprägung dieser Aspekte lokal zum Teil erheblich und erfordern entsprechende regionale und lokale Analysen und Bewertungen sowie darauf zugeschnittene Antworten. Als Lösung soll an dieser Stelle nicht das Sozialstationsmodell aus den 1970er und 1980er Jahren vorgeschlagen werden, durch das wie skizziert seine eigenen Herausforderungen nur bedingt bewältigt werden konnten. Perspektivisch kann jedoch der den Aufbau von Sozialstationen leitende Gedanke einer lokalen Verankerung und Orientierung der pflegerischen Infrastruktur – im Verbund mit schon bei den Sozialstationen einbezogenen Care- und Case-Management-Ansätzen – an tatsächlich vorhandenen Bedarfslagen einen möglichen Weg aufzeigen, die bestehende, vorwiegend quantitativ ausgerichtete Sicherstellungsfunktion der Pflegekassen für die pflegerische Versorgung mit der kommunalen Aufgabe der Daseinsvorsorge und fachlichen Ansätzen aus Pflege, sozialer Arbeit und anderen Bereichen zu verknüpfen. Dabei lassen sich Entwicklungen wie der umfangreiche Aufbau unterschiedlicher Beratungsangebote gut in die Überlegungen integrieren.

Ein zentraler Aspekt dazu wäre die – bestenfalls fortlaufende – Analyse lokaler und kommunaler Bedarfslagen und Entwicklungen im Rahmen kommunaler Pflegebedarfsplanung (Klie 2024c im Erscheinen) oder in Anlehnung an internationale Verfahren des Community Health Assessments (z. B. Helvie 1998; Nies und McEwen 2015). Beginnend mit Einschätzungen bereits bestehender Beratungs- und/oder Case-Management-Strukturen über den Aufbau entsprechender Kompetenzen bei Pflegediensten, die dazu mit den Kommunen/Pflegekassen Verträge abge-

schlossen haben, bis hin zur Durchführung dieser Analysen direkt bei kommunalen Stellen stehen unterschiedliche Möglichkeiten zur Verfügung.

## 4.5 Ausblick

Angesichts der drängenden Fragen zur Zukunft der pflegerischen Versorgung wäre es an der Zeit, die Diskussion um angemessene Ansätze und Verfahren der Sicherung der pflegerischen Infrastruktur intensiv und über die bestehenden Regelungen hinausgehend zu führen. Die Eckpunkte des AOK-Bundesverbandes zur Weiterentwicklung der Pflege (AOK-Bundesverband 2024) zeigen mögliche Wege auf, wie Pflegekassen und Kommunen ihre gemeinsame Verantwortung wahrnehmen und Erfahrungen der bisherigen Praxis sinnvoll genutzt werden könnten. Vergessen werden sollte dabei nicht, dass unabhängig von der Frage, wie der Sicherstellungsauftrag für die pflegerische Versorgung ausgestaltet werden kann, dies auch von den vorhandenen fachlichen Kompetenzen und Ressourcen abhängig ist. Zwar gab es bereits zu Zeiten der Sozialstationen vorsichtige Ansätze einer Professionalisierung und Weiterentwicklung der ambulanten Pflege, diese konnte sich aber nicht hinreichend entwickeln, wodurch sich ein erheblicher fachlicher Reformstau zur ambulanten pflegerischen Versorgung gebildet hat. Überlegungen aus jüngeren Reformvorhaben zur Einführung neuer beruflicher Rollen für die Pflege im Sinne eines Community Health Nursing oder zur besseren Nutzung pflegerischer Kompetenzen bieten die Chance signifikanter Entwicklungen. Sie werden jedoch vermutlich nicht unmittelbar in ausreichender Menge zur Verfügung stehen. Entsprechend ist es erforderlich, nicht nur auf eine zukünftige Ausbildung zu setzen, deren Auswirkungen frühestens nach einem Jahrzehnt nennenswerte Früchte tragen dürfte, sondern vorhandene Erfahrungen und Kompetenzen frühzeitig in die Überlegungen einzubeziehen. Zu berücksichtigenden sind weitere Fragen der ambulanten Ver-

sorgung und die damit verbundenen Schnittstellen, die nicht aus dem Blick geraten dürfen:

- Die Schnittstelle zwischen gesundheitlicher Primär- und pflegerischer Langzeitversorgung ist auf lokaler Ebene offensichtlich, bleibt jedoch auf die Kleinteiligkeit verordnungsfähiger Leistungen der häuslichen Krankenpflege beschränkt, stärker integrierte Versorgungsformen bleiben die Ausnahme.
- Die stärkere Berücksichtigung sozialer Aspekte der pflegerischen Versorgung erfordert ein besseres Zusammenwirken pflegerischer und sozialarbeiterischer Ansätze.
- Hauswirtschaftliche und niedrigschwellige Hilfen tragen dazu bei, Menschen den Verbleib in ihrem häuslichen Umfeld zu ermöglichen; auch sie sollten nicht isoliert, sondern integriert verfügbar sein.
- Die Einbindung ambulanter pflegerischer Versorgung in kommunal verankerten Care- und Case-Management-Strukturen.

Die Bündelung und Steuerung verschiedener Akteure und Ansätze auf der kommunalen Ebene erscheint nicht nur sinnvoll, sondern geboten. Im geltenden Recht der sozialen Pflegeversicherung fehlt es an entsprechenden Steuerungsinstrumenten. Ohne politische und gesetzgeberische Maßnahmen wird die Steuerung nicht in verbindlicher und die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung gewährleistender Weise gelingen. Als Schlussfolgerung aus den drei unterschiedlichen Perspektiven, die in diesem Beitrag auf das Thema Sicherstellung der ambulanten pflegerischen Versorgung zusammengeführt werden, lassen sich folgende formulieren:

- Es bedarf Eingriffen in das rechtliche Regime der Pflegeversicherung hinsichtlich der Kompetenz und Verantwortung für die Sicherstellung der ambulanten pflegerischen Versorgung und der Zulassung von Pflegediensten.
- Die Sicherstellung der ambulanten pflegerischen Versorgung ist Aufgabe der Daseinsvorsorge. Die Kommunen sind hier – ggf. im Verbund mit den Kranken- und

Pflegekassen sowie den Leistungserbringern und Professionellen der Pflege – zu einer datengestützten und verbindlichen Pflegebedarfsplanung aufgefordert, mit der sie auch Einfluss nehmen auf die örtliche Pflegekultur und die Verteilung der Pflegearrangements.

- Im Rückgriff auf Erfahrungen mit den Sozialstationen in den 1980er Jahren gilt es in einem sozialräumlichen und sektorenübergreifenden Verständnis von regionaler Gesundheitsversorgung die ambulante Versorgung in ein Gesamtkonzept regional und sozialräumlich ausgerichteter Steuerung und Gestaltung zu integrieren. Die aktuellen Gesundheitsreformen, das Pflegekompetenzgesetz, die Weiterentwicklung von integrierten Care- und Case-Management-Ansätzen und Public-Health-orientierten Ansätzen (CHN) sind hierfür in vieler Hinsicht anschlussfähig.

Eine pflegefachliche Grundversorgung der örtlichen Bevölkerung im Sinne der Vorbehaltsaufgaben der Fachpflege kann auf diese Weise am ehesten erreicht werden (Klie et al. 2021).

## Literatur

- AOK-Bundesverband (2024) Eckpunkte zur Weiterentwicklung der Pflege. AOK-Positionen. AOK-Bundesverband, Berlin
- Bayerisches Landesamt für Statistik (2023) Bevölkerung in den Gemeinden Bayerns nach Altersgruppen und Geschlecht. Stand 31. Dezember 2022. Statistische Berichte. Bayerisches Landesamt für Statistik, Fürth
- Blinkert B (2006) Die Zeiten der Pflege. *Z Gerontol Geriatr* 39(3):202–210
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998) Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. BMAS, Bonn
- Büscher A (2011) Ambulante Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld (Hrsg) *Handbuch Pflegewissenschaft*. Juventa, Weinheim, S 491–512
- Büscher A, Klie T (2023) Fokus Häusliche Pflege – der Ansatz der subjektorientierten Qualitätssicherung. In: Schwinger A, Kuhlmei A, Greß A, Klauber J, Jacobs K (Hrsg) *Pflege-Report 2023. Versorgungsqualität von Langzeitgepflegten*. Springer, Berlin, S 175–185

- Büscher A, Schröder D, Gruber EM (2022) Die Personalsituation in der ambulanten Pflege. Eine qualitative Studie zu aktuellen und zukünftigen Herausforderungen. *Pflege* 35(5):269–277
- Dankowski W, Klie T (1984) Der alte Mensch zwischen professioneller Versorgung und Selbsthilfe. Überlegungen zur Einbeziehung nichtprofessioneller Hilfen in die öffentliche Altenhilfe. *Arch Wissenschaft Prax Soz Arb* (1):3–21
- Dankowski W, Precht C (Hrsg) (1997) *Moderne Verwaltung in Deutschland. Public-Management und Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln (<http://www.worldcat.org/oclc/40284710>.)
- Dankowski W, Göres S, Luckey K (1988) Sozialstationen. Konzept und Praxis eines Modells ambulanter Versorgung. Campus, Frankfurt am Main
- Estes CL, Swan JH (1993) *The long-term care crisis: Elders trapped in the no-care zone*. SAGE, Newbury Park
- Grunow D, Hegner F, Lempert F, Dahme H-J (1979) *Sozialstationen. Analysen und Materialien zur Neuorganisation ambulanter Sozial- und Gesundheitsdienste*. Kleine, Bielefeld
- Hackmann M (2001) Zur Geschichte der Gesundheitsförderung in der ambulanten Pflege. In: Gehring M, Kean S, Hackmann M, Büscher A (Hrsg) *Familienbezogene Pflege*. Huber, Bern, S 209–219
- Hahn E (2021) *Rechtliche Fragestellungen im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung ambulanter Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen*. Gutachten im Rahmen des Verbundprojekts AUPIK (Manuskript)
- Hauck K, Nofz W (Hrsg) (1995) *Sozialgesetzbuch SGB XI: Soziale Pflegeversicherung*. Kommentar. Erich Schmidt, Berlin
- Heiber A, Nett G (2018a) *Föderales Stückwerk. Die Vergütung in den einzelnen Bundesländern*. *Häusliche Pflege* 08:18–24
- Heiber A, Nett G (2018b) *Chaos statt System. Die Vergütung in den einzelnen Bundesländern*. Teil 2 des Beitrages. *Häusliche Pflege* 09:40–45
- Helvie CO (1998) *Advances practice nursing in the community*. SAGE, Thousand Oaks
- Hoffmann B (2010) *Schutzpflichten der Fachkräfte des Allgemeinen Sozialen Dienstes gegenüber Erwachsenen – Garantstellung nach dem SGB XII*. *Z Die Sozialrechtliche Prax* 49(1):7–13
- Isfort M, Klie T (2023) *Monitoring Pflegepersonal in Baden-Württemberg 2022. Eine vom Land Baden-Württemberg finanzierte Studie*. [https://agp-freiburg.de/downloads/2023/Monitoring-Pflegepersonal-BW\\_2022.pdf](https://agp-freiburg.de/downloads/2023/Monitoring-Pflegepersonal-BW_2022.pdf). Zugegriffen: 16. März 2023 (Unter Mitarbeit von Pablo Rischard und Johann-Moritz Hüsen)
- Isfort M, Klie T (2024) *Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2023*. <https://www.vdpb-bayern.de/wp-content/uploads/2024/01/240115-Monitoring-Pflegepersonalbedarf-Bayern-2023-VdPB.pdf>. Zugegriffen: 16. März 2023 (Unter Mitarbeit von Pablo Rischard und Daniel Tucman. Hrsg v. Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB))
- Kirstein K, von Schwanenflügel M, Seidel J (2023) *Fachkräftemangel und Familienpflege. Was sind die Aufgaben der Pflegekassen in einer Situation der Unterversorgung und wie können die Familien unterstützt werden? (IEGUS research for better health and care)*
- Klie T (2020) *Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 ff. SGB XI im Transformationsprozess. 25 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung und zwei Jahre nach dem PSG III*. *NSV Nachrichtend Des Dtsch Vereins Öffentliche Priv Fürsorge E V* 100(1):15–21
- Klie T (2021) *Der sorgende Landkreis Erwachsenenschutz im Landkreis Tuttlingen – Ein Projektbericht*. *BtPrax* 30(4):132–134
- Klie T (2022) *„Wir müssen weg von der Überbewertung der Pflege“*. In *Dialog: Thomas Klie und Alexander Schraml. Altenheim Lösungen Fürs Manag* 61(7):42–44
- Klie T (2023) *Expertise. Rechtssichere Bedarfsplanung im Land Berlin*. AGP Sozialforschung (Im Auftrag der Senatsverwaltung Wissenschaft, Gesundheit und Pflege. Unter Mitarbeit von Gerd Künzel)
- Klie T (2024a) *Pflegenotstand? Eine Streitschrift*. S Hirzel, Stuttgart
- Klie T (2024b) *Innofondsprojekte und ihre Verstetigung. Die Überführung von ReKo in die Regelversorgung der Landkreise – jenseits der G-BA-Empfehlung*. In: *DAK-Gesundheit (Hrsg) Regionale Pflegekompetenzzentren (ReKo)*
- Klie T (2024c) *Rechtssichere Pflegebedarfsplanung? Steuerungsoptionen für eine bedarfsgerechte Infrastruktur in der Langzeitpflege*. Teil 2. *Ndv – Nachrichtend Des Dtsch Vereins Öffentliche Priv Fürsorge E V* (im Erscheinen)
- Klie T, Blinkert B (2002) *Pflegekulturelle Orientierungen*. In: Klie T (Hrsg) *Fürs Alter planen*. Beiträge zur kommunalen Altenplanung. Reader und wissenschaftlicher Bericht. Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e. V. an der Evangelischen Fachhochschule, Freiburg, S 365–387
- Klie T, Krahrmer U, Plantholz M (Hrsg) (2014) *Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung*. Lehr- und Praxiskommentar (LPK-SGB XI), 4. Aufl. Nomos, Baden-Baden
- Klie T, Ranft M, Szepan N-M (2021) *Strukturreform Pflege und Teilhabe II. Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik*. Ein Beitrag zum pflegepolitischen Reformdiskurs. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Berlin ([https://kda.de/wp-content/uploads/2021/03/Reform\\_II.pdf](https://kda.de/wp-content/uploads/2021/03/Reform_II.pdf)). Zugegriffen: 18. November 2022)
- Moers M (1997) *Ambulante Pflege in Deutschland – auf dem Weg zur Gemeinwesenorientierung?* *Pflege* 10(2):101–112
- Monzer M (2018) *Case Management Organisation*, 1. Aufl. medhochzwei, Heidelberg

- Nies MA, McEwen M (2015) Community/public health nursing. Promotion the health of populations. Elsevier, St. Louis
- Räker M, Schwinger A, Klauber J (2020) Was leisten ambulante Pflegehaushalte? Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Springer, Berlin Heidelberg, S 65–95
- Schaeffer D, Büscher A, Ewers M (2008) Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei A, Schaeffer D (Hrsg) Alter, Gesundheit und Krankheit. Huber, Bern, S 352–369
- Schmidt R (1998) Neupositionierung im Konkurrenzgeflecht. Optionen und Gefährdungen ambulanter Pflegedienste im Spektrum von SGB V und SGB XI. In: Schmidt R, Braun H, Giercke KI, Klie T, Kohnert M (Hrsg) Neue Steuerungen in Pflege und Sozialer Altenarbeit. Transfer, Regensburg, S 43–56
- Statistisches Bundesamt (2022) Pflegestatistik 2021. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Zietz A (2022) Im Coburger Land ist man im Alter gut versorgt. Der Landkreis Coburg schafft ein Netzwerk zu einer rundum guten Versorgung im Alter. Den Kommunen und Ehrenamtlichen kommt dabei eine Schlüsselfunktion zu. Bayerischer Gemeindetag (08–09):286–289. [https://www.bay-gemeindetag.de/media/25187/e-baygt\\_08\\_09-2022\\_220825\\_doppelseiten.pdf](https://www.bay-gemeindetag.de/media/25187/e-baygt_08_09-2022_220825_doppelseiten.pdf). Zugegriffen: 21. Sept. 2022

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# Neue Wohnformen in der Langzeitpflege – Entwicklung und Berücksichtigung im SGB XI

*Martin Schölkopf*

## Inhaltsverzeichnis

- 5.1 Einleitung – 78**
- 5.2 Betreutes Wohnen, ambulant betreute Wohngruppen und „Stapellösungen“ – 79**
  - 5.2.1 Die Entwicklung der neuen Wohnformen – 79
  - 5.2.2 Gesetzliche Regelungen zur Unterstützung neuer Wohnformen – 80
  - 5.2.3 Zur Verbreitung neuer Wohnformen in der Langzeitpflege – 81
  - 5.2.4 Offene Fragen: Qualität, Versorgungssicherheit, Kosten – 83
- 5.3 Ausblick: neue Wohnform „stambulant“ im Recht des SGB XI? – 83**
- Literatur – 85**

## ■ ■ Zusammenfassung

*Gesellschaft und Politik halten seit längerem nach Wohn- und Versorgungsformen für pflegebedürftige Menschen Ausschau, die Selbstbestimmung und Autonomie einerseits und Versorgungssicherheit andererseits miteinander vereinbaren können – und das nicht nur bei beginnender Pflegebedürftigkeit, sondern auch bei zunehmendem Versorgungsbedarf. Dies hat in den letzten Jahren auch zu vermehrter gesetzgeberischer Aktivität geführt. Der vorliegende Beitrag geht vor diesem Hintergrund der Frage nach, welche Potenziale neue Wohn- und Versorgungsangebote zwischen der Versorgung zu Hause und im Heim haben, welche Maßnahmen der Gesetzgeber hier bereits auf den Weg gebracht hat und welche Möglichkeiten es geben könnte, im Recht des SGB XI weitere Impulse zu setzen, um solche Angebote zu fördern.*

*Society and policy makers have long been looking for forms of housing and care for people in need of care that can combine self-determination and autonomy on the one hand and security of care provision on the other – not only when the need for care begins, but also when it increases. This has led to increased legislative activity in recent years. Against this background, this article examines the potential of new living and care options between long-term care at home and in a nursing home, what measures the legislator has already initiated in this area and what opportunities might provide further impetus for adjustments in the Long-Term Care Insurance Scheme in order to promote such options.*

## 5.1 Einleitung

Die Unterstützungsleistungen für pflegebedürftige Menschen differenzieren traditionell zwischen der Pflege in der eigenen Häuslichkeit und der Versorgung im Pflegeheim – diese Differenzierung hat das Recht der 1994 eingeführten Pflegeversicherung aus verwandten, älteren Rechtskreisen (insbesondere aus der

Hilfe zur Pflege des SGB XII) übernommen und mit entsprechend ausgestalteten Leistungen unterlegt.<sup>1</sup> In der Konzeption am Subsidiaritätsprinzip ausgerichtet, vom Gedanken kostengünstigerer Pflege gestützt und gleichzeitig auch den Wünschen der meisten Betroffenen folgend, sollte und soll dabei die häusliche Versorgung Vorrang vor stationärer Pflege haben; dieser Vorrang ist bis heute im § 3 SGB XI als Programmsatz kodifiziert. Die konkretere Regelung des § 43 Abs. 1 Halbsatz 2 SGB XI, wonach der Anspruch auf vollstationäre Pflege davon abhing, dass häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt, wurde hingegen mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz zum 01.01.2017 ersatzlos gestrichen.

Dieser Streichung lag u. a. die Überlegung zugrunde, dass die mit dem Ersten und Zweiten Pflegestärkungsgesetz erfolgte Ausweitung der ambulanten Pflegeleistungen so großzügig war, dass damit keine finanziellen Anreize mehr für eine stationäre Unterbringung existierten (falls letzteres je der Fall gewesen sein sollte). Sie war aber auch fachlich angezeigt, denn den von manchen Ökonomen vermuteten sog. „Heimsogeeffekt“ hat es in der Pflegeversicherung angesichts der verbreiteten Vorbehalte gegenüber der vollstationären Pflege nie gegeben: Für die Versorgung im Pflegeheim wird eben in der Regel nur votiert, wenn die Versorgung zu Hause durch Angehörige und/oder ambulante Pflegedienste wirklich nicht (mehr) sichergestellt werden kann.

Die schon immer existierenden Vorbehalte gegenüber Pflegeheimen beruhen auf Vorstellungen mangelnder Selbstbestimmung und einem möglichen Ausgeliefertsein in institutionalisierter Versorgung, die sich trotz vielfach erfolgter gesetzlicher und untergesetzlicher Maßnahmen zur Stärkung der Teilhabe, einer verbesserten Personalausstattung und der „Öffnung der Altersheime“ (frei nach Konrad

<sup>1</sup> Zur Geschichte der Einführung der Pflegeversicherung und zu ihrem institutionellen Erbe vgl. Alber und Schölkopf (1999, S. 97–163).

Hummel) nicht ausräumen lassen – obwohl es Studien gibt, die belegen können, dass sich die Lebensqualität der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen nach dem Umzug ins Heim meist verbessert.<sup>2</sup> Die in den Pflegeheimen gemachten Erfahrungen während der Pandemie dürften leider nicht dazu beigetragen haben, diese gesellschaftlichen Vorstellungen zu ändern (vgl. Schölkopf 2021).

Es ist daher auch nicht erstaunlich, dass Gesellschaft und Politik bereits seit längerem nach Wohn- und Versorgungsformen Ausschau halten, die es ermöglichen, Selbstbestimmung und Autonomie einerseits und Versorgungssicherheit andererseits miteinander zu vereinbaren – und das nicht nur bei beginnender Pflegebedürftigkeit, sondern auch bei zunehmendem Versorgungsbedarf. Dies hat in den letzten Jahren auch zu vermehrter gesetzgeberischer Aktivität geführt. Der vorliegende Beitrag geht vor diesem Hintergrund der Frage nach, welche Potenziale neue Wohn- und Versorgungsangebote zwischen der Versorgung zu Hause und im Heim haben, welche Maßnahmen der Gesetzgeber hier bereits auf den Weg gebracht hat und welche Möglichkeiten es geben könnte, im Recht des SGB XI weitere Impulse zu setzen, um diese Angebote zu fördern.

2 Pflegebedürftige und ihre Angehörigen berichten demzufolge häufig, dass sich ihre Lebensqualität durch den Einzug in ein Pflegeheim erheblich verbessert hat: Während die eigene Lebenssituation vor Einzug ins Heim von den Betroffenen mit der Durchschnittsnote 3,1 bewertet wurde, wird die Situation nach dem Einzug mit 2,2 bewertet. Noch mehr gilt das für die Angehörigen: Sie benoten die Situation vorher mit 3,7 und die spätere Situation im Pflegeheim mit 2,1. Als Gründe hierfür werden die sichere und gute Versorgung, vermehrte soziale Kontakte und eine Verbesserung des Gesundheitszustandes angeführt (vgl. Gesellschaft für Markt- und Sozialforschung 2013).

## 5.2 Betreutes Wohnen, ambulant betreute Wohngruppen und „Stapellösungen“

### 5.2.1 Die Entwicklung der neuen Wohnformen

Neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen sind oft gar nicht so neu – gerade das Betreute Wohnen als Versorgungskonzept und -angebot kann bereits auf einige Jahrzehnte der (zunehmenden) Verbreitung blicken. Angebote des Betreuten Wohnens vereinen dabei vielfach zunächst Serviceleistungen wie Beratungsangebote, Angebote zur Freizeitgestaltung, Hilfen im Alltag, Notrufleistungen, Hausmeisterdienste und vergleichbare technische Unterstützung. Die Nachfrage nach solchen Angeboten, aber auch nach altersgerechten Wohnungen mit vergleichbaren Betreuungsangeboten ist hoch und in den letzten Jahren weiter gestiegen (so Kremer-Preiß und Klemm 2022). Gleichzeitig haben sich die entsprechenden Angebote weiter ausdifferenziert. Die Autoren einer vom Qualitätsausschuss Pflege beauftragten Studie haben versucht, die große Bandbreite der existierenden Angebote zu strukturieren und vier unterschiedlichen Wohnformtypen zuzuordnen, die sich durch unterschiedliche Konzeptionen und Leistungsangebote unterscheiden (siehe Übersicht in [Tab. 5.1](#)).

Gemeinsam ist den verschiedenen Angeboten, dass sie eine Versorgung meist älterer, in unterschiedlichem Umfang Unterstützung suchender Menschen bieten, die im klassischen „Zuhause“ nicht sicher- bzw. bereitgestellt werden kann. Sie versuchen also, die Wohn- und Versorgungsbausteine so auszubalancieren, dass die Vorteile sowohl der ambulanten Versorgung (Selbstbestimmung) als auch der stationären Pflege (Versorgungssicherheit) kombiniert werden.

**Tab. 5.1** Spektrum an ambulanten neuen Wohnformen. (Quelle: Wolf-Ostermann et al. 2019, S. 21)

Wohnformtyp	Angebotstyp innerhalb der Konzepttypen
1. Ambulante (selbstständige) gemeinschaftliche Wohnformen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Seniorenwohngemeinschaften</li> <li>– Mehrgenerationenwohnprojekte</li> <li>– Seniorendörfer</li> <li>– Virtuelle Seniorenwohngemeinschaften</li> </ul>
2. Ambulante betreute Wohnformen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Betreutes Wohnen/Servicewohnen</li> <li>– Betreute Wohngruppen für Behinderte</li> <li>– Abbeyfield-Hausgemeinschaften</li> <li>– Betreutes Wohnen zu Hause</li> </ul>
3. Ambulante Pflegewohnformen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ambulant betreute Wohngruppen/Wohngemeinschaften</li> <li>– Freiburger Modell</li> <li>– Pflegehausgemeinschaften</li> <li>– Bielefelder Modell</li> <li>– Gastfamilienmodell</li> <li>– Ambulantisierte stationäre Einrichtungen</li> </ul>
4. Ambulante integrierte Wohnformen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wohnen plus</li> <li>– Sozialräumliche Konzepte/Quartierskonzepte/Betreute Wohnzonen</li> <li>– Misch(Pflege-)formen</li> </ul>

Pflege-Report 2024

### 5.2.2 Gesetzliche Regelungen zur Unterstützung neuer Wohnformen

Der Gesetzgeber hat auf diese Entwicklungen erstmals mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) reagiert: Mit dem überwiegend 2013 in Kraft getretenen PNG wurde mit dem sog. „Wohngruppenzuschlag“ des § 38a SGB XI in Höhe von zunächst 200 €/Monat erstmals eine besondere Leistung eingeführt, die die pflegerische Versorgung in ambulanten Wohngruppen unterstützt. Mit dem Zuschlag nach § 38a SGB XI sollen Wohngruppen bei der Organisation und Sicherstellung der Pflege und Betreuung in der Wohngemeinschaft unterstützt werden. Mit dem 2015 in Kraft getretenen Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) wurde der Wohngruppenzuschlag auf 205 € angehoben. Gleichzeitig wurde der Leistungsanspruch vor dem Hintergrund der in den ersten Jahren gesammelten Erfahrungen vereinfacht und inhaltlich weiterentwickelt. Mit der Neufassung von § 38a Abs. 1 Nr. 4 SGB XI soll beispielsweise ausgeschlossen

werden, dass der Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag für stationäre oder quasi-stationäre Formen geöffnet wird.

Darüber hinaus wurde mit dem PNG eine befristete Anschubfinanzierung für den Umbau der gemeinsamen Wohnung bei Neugründung ambulant betreuter Wohngruppen in Höhe von bis zu 2.500 € je pflegebedürftiges Gründungsmitglied eingeführt (§ 45e SGB XI). Der Gesamtbetrag wurde auf maximal 10.000 € je Wohngruppe beschränkt. Um die Inanspruchnahme dieser Leistung der Pflegeversicherung zu fördern, wurde die Anschubfinanzierung mit dem PSG I entfristet und entbürokratisiert. Die Umbaumaßnahmen können nun auch schon vor Gründung der ambulanten Wohngruppe vorgenommen werden, ohne dass der Anspruch verloren geht.

Und schließlich setzte er mit einem Modellprogramm zur „Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen“ (§ 45f SGB XI) Impulse zur Entwicklung und Evaluation von Versorgungsformen zwischen der ambulanten Pflege zu Hause und der Versorgung im klassischen Pflegeheim.

Mit der Konzeption und Umsetzung des Programms wurde der GKV-Spitzenverband beauftragt. Neben Wohngemeinschaftskonzepten waren im Modellprogramm u. a. Konzepte für die Weiterentwicklung betreuten Wohnens, vollstationärer Versorgungsformen sowie häuslicher Wohn-, Pflege- und Versorgungssettings einbezogen. Über einen Zeitraum von drei Jahren wurden alle Projekte in Bezug auf die Kriterien Nutzerorientierung, Versorgungsqualität, Wirtschaftlichkeit, Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit in die Regelversorgung evaluiert. Die begleitende Evaluation kam insgesamt zu einem positiven Ergebnis; die Nutzerinnen und Nutzer im Modellprogramm waren mit den Angeboten des neuen Wohnens demnach oft sehr zufrieden. Allerdings konnten nicht alle Projekte bei zunehmendem Pflegebedarf eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sicherstellen und auch bei den Wahl- und Teilhabemöglichkeiten wurde Verbesserungsbedarf gesehen (vgl. GKV-Spitzenverband 2018).

### 5.2.3 Zur Verbreitung neuer Wohnformen in der Langzeitpflege

Die geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen haben auch zu Veränderungen der Strategien von Trägern und Anbietern auf dem Pflegemarkt geführt. Dazu beigetragen hat, dass jedenfalls im Rahmen der Pflege-stärkungsgesetze I und II die Leistungen der Pflegeversicherung im ambulanten und teilstationären Bereich deutlich ausgeweitet wurden. Gestärkt wurden in diesem Zusammenhang auch die Möglichkeiten zur Kombination verschiedener Leistungsarten, so insbesondere von ambulantem Sachleistungsbetrag und Tagespflege. Sowohl aus Sicht der Anbieter als auch aus Sicht der Betroffenen ist es zudem von Vorteil, dass bei einer ambulanten Versorgung die Kosten der medizinischen Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege durch

die gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden, während das im stationären Bereich bislang nicht der Fall ist. Und schließlich fallen die ordnungsrechtlichen Regelungen der Länder („Landesheimgesetze“) im vollstationären Bereich meist deutlich schärfer als in ambulanten Settings aus (so geben die Länder für die vollstationäre Pflege i. d. R. verbindliche Verhältniswerte zum Anteil vorzuhalten-der Pflegefachkräfte vor – die sog. Fachkraftquote).

Vor diesem Hintergrund lässt sich in den letzten Jahren ein deutlicher Rückgang der Bautätigkeiten bei klassischen Pflegeheimen beobachten: Private Investoren – früher angesichts fehlender Investitionskostenförderung der Länder Haupttreiber des Ausbaus dieser Angebote – zeigen sich mittlerweile im stationären Bereich der Langzeitpflege sehr zurückhaltend und richten ihr Engagement auf alternative Wohnformen aus. Die Marktbeobachtung von Medien wie „Care Invest“ oder pflegemarkt.com zeigt regelmäßig, dass mittlerweile schwerpunktmäßig in Angebote wie betreutes Wohnen, Tagespflege, Wohngruppen oder des „Service Living“ investiert wird.<sup>3</sup>

Dies spiegelt sich auch in den vorliegenden Statistiken zu Pflege und Pflegeversicherung wider: Daten der Pflegestatistik und Versorgungsverträge weisen seit etlichen Jahren auf einen Trend zur vermehrt ambulanten Erbringung von Leistung der Pflege und Betreuung hin. Die Anzahl der vollstationären Einrichtungen und Pflegeplätze ist bereits seit Mitte des letzten Jahrzehnts nur noch schwach gestiegen und zuletzt – das zeigen unveröffentlichte Daten der Pflegekassen – sogar gesunken. Die Anzahl von teilstationären Einrichtungen und Tagespflegeplätzen ist hingegen über die Jahre deutlich gestiegen (siehe  Tab. 5.2).

Genauere Zahlen dazu, wie viele Pflegebedürftige in neuen Wohnformen leben, liegen

<sup>3</sup> Vgl. z. B. [https://www.pflegemarkt.com/fachartikel/quartier-und-bauentwicklung-pflege/?utm\\_campaign=NL\\_DL\\_Mitte\\_Mai\\_2023&utm\\_medium=email&utm\\_source=newsletter](https://www.pflegemarkt.com/fachartikel/quartier-und-bauentwicklung-pflege/?utm_campaign=NL_DL_Mitte_Mai_2023&utm_medium=email&utm_source=newsletter).

**Tab. 5.2** Zugelassene Pflegeeinrichtungen nach Anzahl und Art der Leistung. (Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik und Sonderauswertung über stationäre Einrichtungen)

Jahr	Ambulante Pflegeeinrichtungen	Stationäre Pflegeeinrichtungen	Nach Art der Leistung <sup>a</sup>		
			Vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege
1999	10.820	8.859	8.073	1.621	1.487
2001	10.594	9.165	8.331	1.436	1.570
2003	10.619	9.743	8.775	1.603	1.720
2005	10.977	10.424	9.414	1.529	1.779
2007	11.529	11.029	9.919	1.557	1.984
2009	12.026	11.634	10.384	1.588	2.277
2011	12.349	12.354	10.706	1.673	2.767
2013	12.745	13.030	10.949	1.671	3.302
2015	13.323	13.596	11.164	1.674	3.880
2017	14.050	14.480	11.241	1.205	4.455
2019	14.688	15.380	11.317	1.336	5.352
2021	15.376	16.115	11.358	1.263	5.878

<sup>a</sup> Pflegeheime mit mehreren Pflegeangeboten sind hier mehrfach berücksichtigt.  
Pflege-Report 2024

allerdings nicht vor.<sup>4</sup> Dies ist darauf zurückzuführen, dass weder die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts noch die bei den Pflegekassen geführten administrativen Statistiken diese Angebote erfassen. Es gibt dafür auch keine Rechtsgrundlage, da diese Wohnformen bislang kein eigenständiges Versorgungsangebot im SGB XI darstellen. Dort gilt vielmehr weiterhin: Grundsätzlich ist alles ambulant, was nicht (voll-)stationär ist. Dies gilt selbst für die ambulant betreuten Wohngruppen, die im SGB XI nicht als eigenständige Versorgungsform mit Vorschriften für einen vertrags- und vergütungsrechtlichen Rahmen oder mit eigenständigen Qualitätsvorgaben hinterlegt sind.

<sup>4</sup> Eine systematische Erfassung ambulant betreuter Wohngruppen erfolgte Mitte des letzten Jahrzehnts im Auftrag des BMG durch Klie et al. (2017).

In Ermangelung entsprechender Daten hat die Wissenschaft versucht, die konzeptionelle Vielfalt der neuen Wohnformen zu systematisieren und die Verbreitung über Schätzungen zu quantifizieren. Dabei wurde allerdings ausdrücklich festgestellt, dass die Schätzungen nur eine grobe Orientierung bieten können. Auf dieser Basis wurde davon ausgegangen, dass im Jahr 2017 „zwischen 50.000 und 100.000 Pflegebedürftige einen Wohnortwechsel vorgenommen haben und in neuen Wohnformen leben“ (Wolf-Ostermann et al. 2019) – darunter verstehen die Autoren selbständige gemeinschaftliche Wohnformen, Betreutes Wohnen und ambulant betreute Pflege-Wohngemeinschaften. Weitere ca. 280.000 bis 350.000 Pflegebedürftige lebten demnach in sog. neuen integrierten Wohnangeboten (vor allem Quartierskonzepte). Diese Zahlen dürften seither jeweils weiter gestiegen sein. An-

zeichen dafür lassen sich aus den Verwaltungsstatistiken der Pflegekassen entnehmen: Aus den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für den Wohngruppenzuschlag lässt sich jedenfalls für das Jahr 2023 rechnerisch grob eine Zahl von knapp 40.000 Personen ermitteln, die als Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen leben (andere neue Wohnformen sind in diesen Zahlen nicht abgebildet).

### 5.2.4 Offene Fragen: Qualität, Versorgungssicherheit, Kosten

Der potenzielle Mehrwert ambulant betreuter Wohnformen wird in der Fachwelt vor allem in der hohen Ähnlichkeit zum häuslichen Umfeld, der besseren Einbindung sozialer Netzwerke, der Einbindung in das Quartier und die Möglichkeit der individuellen Wahl von Leistungen und Leistungserbringern gesehen. Die bislang vorliegenden Erkenntnisse zu diesen Wohnformen bestätigen dies allerdings nur teilweise. Insbesondere gibt es noch keine systematischen Belege dafür, dass jedenfalls die pflegerische Qualität bei solchen Angeboten besser als in der klassischen stationären Langzeitpflege abschneiden würde (während die neuen Wohnformen mit Blick auf die von den Bewohnerinnen und Bewohnern festgestellte Lebensqualität wohl besser abschneiden). Der vom Gesetzgeber per Auftrag an die Pflege-Selbstverwaltung umgesetzte Versuch, für die neuen Wohnformen ein Instrumentarium zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung zu entwickeln, scheiterte angesichts der Vielfältigkeit der Angebote und fehlender „Zugriffsmöglichkeiten“ – das SGB XI sieht bislang kein Vertragsregime dafür vor (vgl. Wolf-Ostermann et al. 2019). Und weiter offen ist auch die Frage, ob entsprechende Angebote/neue Wohnformen auch eine Versorgung sicherstellen können, wenn die gesundheitlichen Einschränkungen bzw. das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner weiter zunehmen.

Was hingegen recht eindeutig belegt werden kann, sind die jedenfalls zum Teil spürbar höheren Kosten neuer Wohnformen für die Sozialversicherung im Vergleich zur klassisch stationären Versorgung. Denn insbesondere die im Rahmen sog. „Stapellösungen“ ermöglichte Kombination verschiedener ambulanter und teilstationärer Leistungen – in Betracht kommen ambulante Pflegesachleistung, Entlastungsbetrag, Verhinderungspflege, Tagespflege und ggf. Wohngruppenzuschlag nach dem SGB XI sowie die häusliche Krankenpflege nach dem SGB V – ist mit höheren Ausgaben für die beiden Sicherungssysteme verbunden als die Versorgung im Pflegeheim. So entstanden laut eines im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellten Gutachtens (vgl. Rothgang et al. 2017) durch die verstärkte Nutzung ambulanter Wohnformen bereits im Jahr 2017 Mehrausgaben für die Sozialversicherungsträger im Bereich von 225 bis 700 Mio. € (Kranken- und Pflegeversicherung zusammen). Ein großer Teil dieser Mehrausgaben entfiel demnach auf Angebote, die betreutes Wohnen mit Tagespflege kombinieren. Die höheren Ausgaben der Sozialversicherungen gingen dabei mit geringeren Eigenanteilen der Pflegebedürftigen im Vergleich zur klassisch stationären Versorgung einher.

### 5.3 Ausblick: neue Wohnform „stambulant“ im Recht des SGB XI?

Neue Wohnformen werden auf der pflegepolitischen Agenda der nächsten Jahre bleiben und in der pflegerischen Versorgung weiter an Relevanz gewinnen. Das liegt schon daran, dass sie sowohl bei den Betroffenen als auch bei den Trägern beliebter sind als die „totale Institution“ (Erving Goffman) Pflegeheim: Ihr – jedenfalls konzeptioneller – Ansatz, Selbstbestimmung und Versorgungssicherheit gleichermaßen sicherzustellen, fördert ihr Ansehen bei den Betroffenen und ihren Angehörigen. Die Verortung der Angebote im ambulanten Set-

ting hat zudem leistungsrechtliche Vorteile, die nicht nur für die Nutzerinnen und Nutzer, sondern auch für potenzielle Träger attraktiv sind. Letztere wiederum unterliegen im ambulanten Setting zudem weniger ordnungsrechtlichen Vorgaben, sodass ihr verstärktes Engagement in diesem Bereich auch deshalb nachvollziehbar ist.

Nachvollziehbar ist dann auch, dass die Politik den Wunsch nach weiterer Unterstützung des Ausbaus entsprechender Angebote aufgegriffen hat – auch für die aktuelle Legislaturperiode. So hat der Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung sich das Ziel gesetzt, das SGB XI um innovative quartiernahe Wohnformen zu ergänzen und deren Förderung „gemeinsam mit Bund, Ländern und Kommunen“ zu ermöglichen. Die Umsetzung dieses Vorhabens steht noch aus; sie hat jedoch mit der Vorgabe des Bundesgesundheitsministers vom 20. März 2024, künftig auch sog. „stambulante“ Angebote im Recht der Pflegeversicherung zu ermöglichen, an Fahrt und inhaltlichen Konturen gewonnen. Die Begrifflichkeit „stambulant“ bezieht sich dabei auf das im Rahmen des zunächst im o. g. Modellprogramm des GKV-Spitzenverbandes geförderte, im weiteren Verlauf dann aber einer eigenständigen, ausführlichen wissenschaftlichen Evaluation unterzogene Hausgemeinschaftsmodell des Anbieters BeneVit Holding GmbH in Wyhl (vgl. Nolting et al. 2023). Das Projekt stellt den Versuch dar, die Selbstbestimmung bei ambulanter Versorgung mit der Sicherheit bei vollstationärer Versorgung zu verknüpfen. Es ist im Wesentlichen durch folgende Merkmale geprägt:

- Es stellt eine abgewandelte Form der stationären Versorgung (Hausgemeinschaften) dar.
- Finanziert werden die Leistungen jedoch durch Rückgriff auf verschiedene ambulante *und* stationäre Leistungstatbestände: Sachleistungen nach § 36 SGB XI, Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI, Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI, zusätzliche Betreuung und Akti-

vierung nach § 43b SGB XI sowie häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V (in pauschalierter Form) und Hilfsmittel.

- Es gibt Grundleistungen sowie Wahlleistungen. Wahlleistungen können auch durch Angehörige erbracht werden, was in diesen Fällen den finanziellen Eigenanteil mindert.

Nach den Ergebnissen der wissenschaftlichen Evaluation gelingt in diesem Modell der Spagat zwischen Wahlfreiheit und Selbstbestimmung einerseits und Gewährleistung der Versorgungssicherheit andererseits, und dies ohne höhere Kosten als in anderen Settings. Zudem werden sowohl für die versorgten Pflegebedürftigen als auch für Angehörige und Pflegekräfte hohe Zufriedenheitswerte festgestellt. Der Evaluationsbericht fasst dies wie folgt zusammen:

- „Die Verankerung in einem stationären Versorgungssetting bietet gegenüber einem ambulanten Setting Vorteile hinsichtlich der Kontinuität, Sicherheit und Qualität der pflegerischen Versorgung.“
- Die aufgrund der leistungsrechtlichen Zuordnung zur ambulanten Versorgung mögliche Flexibilisierung sowohl der Leistungsanspruchnahme als auch der Leistungserbringung ermöglicht den Bewohnerinnen und Bewohnern größere Gestaltungsspielräume und steigert die Effizienz der Versorgung. Die daraus resultierende spezifische Arbeitsorganisation führt zu Tätigkeitsprofilen, die von den Pflegenden positiv bewertet werden.
- Im Vergleich zu anderen ambulanten Wohnformen ist das Modell deutlich wirtschaftlicher, im Vergleich zur vollstationären Versorgung hat es für die Kostenträger des SGB XI keine Wirtschaftlichkeitsnachteile, ggf. sogar Vorteile.“

(vgl. Nolting et al. 2023, S. 20). Im Ergebnis empfehlen die Autoren der wissenschaftlichen Evaluation, aus den Erkenntnissen des Modellprojekts eine neue Versorgungsform im Recht des SGB XI zu konzipieren. Ein entspre-

chendes Regelungspaket wird daher derzeit im Bundesgesundheitsministerium erarbeitet. Im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses wird auch darauf zu achten sein, dass die neue Versorgungsform nicht zu einer weiteren Sektoringierung des SGB XI führt, sondern zu einer Flexibilisierung der bislang immer noch recht starren Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung beiträgt und damit auch künftig denkbaren grundlegenden Reformoptionen z. B. mit Blick auf eine wohnortunabhängige Leistungskonzeption der Pflegeversicherung (so Rothgang et al. 2019) möglichst nicht im Wege steht.<sup>5</sup>

## Literatur

- Alber J, Schölkopf M (1999) *Seniorenpolitik. Die soziale Lage älterer Menschen in Deutschland und Europa*. G+B Verlag Fakultas, Amsterdam
- Gesellschaft für Markt- und Sozialforschung (2013) *Alternative Pflegekonzepte aus Sicht der Bevölkerung und der Betroffenen. Untersuchungsbericht für den bpa*. Gesellschaft für Markt- und Sozialforschung, Hamburg Berlin
- GKV-Spitzenverband (2018) *Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen. Das Modellprogramm nach § 45f SGB XI. Die Projekte*, Berlin. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_wohnen\\_45f/20181008\\_Reader\\_Pflegemodellprojekte\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/20181008_Reader_Pflegemodellprojekte_barrierefrei.pdf). Zugegriffen: 5. Aug. 2024
- Klie Th, Heislbetz C, Schuhmacher B, Keilhauer A, Rischard P, Bruker Ch (2017) *Ambulant betreute Wohngruppen. Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen*. Freiburg i. B. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht\\_AGP\\_HWA\\_Wohngruppen-Studie.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_AGP_HWA_Wohngruppen-Studie.pdf). Zugegriffen: 5. Aug. 2024
- Kremer-Preiß U, Klemm B (2022) *Studienergebnisse Betreutes Seniorenwohnen 2022*. Kuratorium Deutsche Altershilfe und BFS Service, Köln
- Nolting H-D, Talamo J, Wentz L, Wolff JK (2023) *Evaluation des Modells Hausgemeinschaftskonzept „Haus Rheinaue“ der BeneVit Holding GmbH in Wyhl*, Abschlussbericht für den GKV-Spitzenverband, Berlin. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_unterseiten/2023-08\\_Evaluationsbericht\\_Haus\\_Rheinaue.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/2023-08_Evaluationsbericht_Haus_Rheinaue.pdf). Zugegriffen: 5. Aug. 2024
- Rothgang H, Wolf-Ostermann K, Schmid A, Domhoff D, Müller R, Schmidt A (2017) *Ambulantisierung stationärer Einrichtungen und innovative ambulante Wohnformen Endbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht\\_InaWo\\_final\\_UNI\\_BREMEN.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_InaWo_final_UNI_BREMEN.pdf). Zugegriffen: 5. Aug. 2024
- Rothgang H, Kalwitzki T, Cordes J (2019) *Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung II (AAPV II). Gutachten im Auftrag der Initiative Pro Pflegereform*, Bremen. [https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2\\_Gutachten\\_AAPV\\_-\\_Langfassung.pdf](https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2_Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf). Zugegriffen: 5. Aug. 2024
- Schölkopf M (2021) *Pflege und Pflegekräfte in und nach der Coronavirus-Pandemie*. In: Knieps F, Pfaff Bernd (Hrsg) *Krise, Wandel, Aufbruch*. BKK-Gesundheitsreport 2021, Berlin, S 356–361. [https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Publikationen/2021/Gesundheitsreport\\_2021/BKK\\_Gesundheitsreport\\_2021.pdf](https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Publikationen/2021/Gesundheitsreport_2021/BKK_Gesundheitsreport_2021.pdf). Zugegriffen: 5. Aug. 2024
- Wolf-Ostermann K, Kremer-Preiß U, Hackmann T (2019) *Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI*. Abschlussbericht, Bremen/Köln/Freiburg. <https://www.gs-qsapflege.de/wp-content/uploads/2023/05/20190117-Abschlussbericht-neue-Wohnformen.pdf>. Zugegriffen: 5. Aug. 2024

5 Die Überführung des Leistungs-, Vertrags- und Vergütungsrechts der Pflegeversicherung in ein System, das nicht mehr abhängig vom Wohnort, sondern abhängig vom individuellen, per Case-Management festgestellten Versorgungsbedarf Leistungen gewährt (so der Vorschlag von Rothgang et al. 2019), ist voraussetzungsvoll, erfordert die Klärung etlicher komplexer Fragen und dürfte daher einen längeren, über eine Legislaturperiode hinausreichenden Konzeptions- und Umsetzungsprozess erfordern.

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# Die Ankunft der Babyboomer: Was tun mit der „24-Stunden-Pflege“?

*Simone Leiber*

## Inhaltsverzeichnis

- 6.1 Einleitung: die Ankunft der Babyboomer und die „24-Stunden-Pflege“ – 88
- 6.2 Was wissen wir über Live-in-Pflege- und Betreuungsarrangements in Deutschland? – 90
- 6.3 Welche Gestaltungsoptionen werden diskutiert? – 93
- 6.4 Live-in Arrangements im Angestelltenverhältnis neu denken – 95
- Literatur – 96

## ■ ■ Zusammenfassung

*Vor dem Hintergrund der Ankunft der Babyboomer wird in diesem Beitrag argumentiert, dass das Phänomen der sogenannten „24-Stunden-Pflege“ auch bei einem weiteren Ausbau anderer Versorgungsformen in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen wird. Es besteht daher staatlicher Handlungs- und Regulierungsbedarf in diesem Feld. Der Beitrag gibt zunächst einen Überblick über zentrale Forschungsbefunde zur Live-in-Pflege in Deutschland. Diese unterstreichen, dass Familien und Arbeitskräfte in einem Markt, der durch hohe Rechtsunsicherheit und missbräuchliche Praktiken gekennzeichnet ist, nicht allein gelassen werden sollten. Es werden vier Handlungsoptionen für die Zukunft aufgezeigt und empfohlen, Live-in-Arrangements ausschließlich im Angestelltenverhältnis weiterzudenken.*

*Against the background of the arrival of the baby boomers, this article argues that the phenomenon of so-called “24-hour care” will continue to grow in importance in the future, even if other forms of care continue to expand. There is therefore a need for government action and regulation in this area. The article begins with an overview of the main research findings on live-in care in Germany. These underline the fact that families and workers should not be left alone in a market characterised by a high degree of legal uncertainty and abusive practices. The author outlines four options for future action and recommends that live-in arrangements should only be considered in the context of an employment relationship.*

### 6.1 Einleitung: die Ankunft der Babyboomer und die „24-Stunden-Pflege“

Dass Deutschland angesichts des demographischen und sozialen Wandels vor großen Herausforderungen bei der Sicherstellung der Pflege und Betreuung älterer Menschen steht,

ist bereits seit Jahrzehnten Gegenstand der politischen Diskussion. Nun aber rückt der Zeitpunkt immer näher, an dem die geburtenstarken Jahrgänge der Nachkriegszeit zunächst in das Rentenalter und dann in den Bereich der Hochaltrigkeit eintreten. Im Jahr 2030 erreicht die größte Kohorte der Babyboomer-Generation, der Geburtsjahrgang 1965, das Rentenalter, im Jahr 2045 das Alter von 80 Jahren. Dies geht einher mit einem deutlichen Anstieg des Pflegebedürftigkeitsrisikos und Pflegebedarfs, aber auch mit einem Rückgang des Pflegepersonenpotenzials (Becker und Komitowski 2022). Das Statistische Bundesamt (2023) erwartet allein durch die zunehmende Alterung bis 2055 einen Anstieg der Pflegebedürftigen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) um 37 % von heute 5 Mio. auf rd. 6,8 Mio.<sup>1</sup> Ein besonders starker Anstieg der Pflegebedürftigen ab 80 Jahre wird zwischen 2035 und 2055 erwartet.

Der überwiegende Teil der Pflege – ca. 84 % – wird in Deutschland zu Hause erbracht (Statistisches Bundesamt 2022). Der Anteil der zu Hause Gepflegten ist in den letzten Jahren sogar über alle Pflegegrade hinweg gestiegen (Becker 2023, S. 8). Dies hängt mit den starken Präferenzen der Pflegebedürftigen für den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zusammen (z.B. Büscher et al. 2023, S. 33–34), aber auch mit den hohen privaten Kosten im Falle einer stationären Versorgung (Kalwitzki und Rothgang 2022).

Der Übergang der geburtenstarken Jahrgänge ins Rentenalter wirkt sich gleichzeitig auf das Arbeits- und Fachkräfteangebot in der ambulanten Pflege aus. Trotz des Anstiegs der Beschäftigtenzahlen in der ambulanten Pflege in den letzten Jahren sind im Jahr 2021 bereits 40 % der Beschäftigten älter als 50 Jahre. In den nächsten 15 bis 20 Jahren ist daher mit einer Verrentungswelle zu rech-

<sup>1</sup> Geht man davon aus, dass aufgrund des 2017 erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch die Pflegequoten ansteigen, wird für 2055 sogar mit rund 7,6 Mio. Pflegebedürftigen gerechnet (Statistisches Bundesamt 2023).

nen (Becker 2023, S. 10). Kurzum: Bereits heute ist die Bewältigung der pflegerischen Versorgung älterer Menschen nicht einfach. Dies drückt sich etwa in steigenden Arbeitsbelastungen in der ambulanten Pflege (Becker 2023, S. 12) sowie in hohen gesundheitlichen Belastungen und schon jetzt teils prekären Lebenslagen sorgender Angehöriger aus (Büscher et al. 2023; Auth et al. 2020). Besondere Herausforderungen bestehen ebenso, wenn es um die Versorgung von Menschen mit Demenz geht (von Kutzleben 2018). Mit dem Eintritt der Babyboomer in ein Alter mit erhöhtem Pflegebedürftigkeitsrisiko und steigendem Risiko für dementielle Erkrankungen<sup>2</sup> ist mit einer Verschärfung der bereits heute angespannten Versorgungssituation zu rechnen.

Eine „Lösung“, die sich in vielen Familien bereits seit Anfang der 1990er Jahre verbreitet hat, ist die Pflege und Betreuung durch ausländische Arbeitskräfte, die mit im Haushalt der pflegebedürftigen Person leben und dort eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung leisten (die so genannte „24-Stunden-Pflege“, auch als Live-in-Arrangements bezeichnet<sup>3</sup>). Zunächst handelte es sich vor allem um informelle Beschäftigungsverhältnisse, die über persönliche Kontakte – häufig zum Nachbarland Polen – entstanden. Seit der EU-Osterweiterung und den damit verbundenen Möglichkeiten für Arbeitskräfte, legal als Selbstständige oder (entsandte) Arbeitnehmerinnen und -nehmer in Deutschland zu arbeiten, haben sich diese Arrangements weiter verbreitet. Auch ist ein neues Geschäftsfeld für private Vermittlungs- und Entsendeagenturen entstanden. Dass das Phänomen „Live-in-Pflege“ in Deutschland gesellschaftlich angekommen ist, zeigt sich auf der Ebene von Fernsehserien (vgl. „Magda macht das schon“ bei RTL) sowie der Thematisierung durch die Verbraucherschutzinsti-

tution Stiftung Warentest (2017, 2021). Teilweise wird bereits von einer weiteren „Säule“ des Pflegesystems gesprochen (z. B. Becker 2023; Weg 2023). Nachbarländer wie Österreich haben auf ähnliche Entwicklungen mit einer eigenen Gesetzgebung zur Live-in-Pflege (dort Personenbetreuung genannt) reagiert. Allerdings ist das „Modell Österreich“ dort – wie auch in Deutschland – stark umstritten (Leiber und Rossow 2022; Aulenbacher et al. 2021b), da der Sektor als anfällig für ausbeuterische Praktiken und defizitäre Versorgung gilt. Auch in Deutschland hat die Politik die Problematiken des „grauen Marktes“, der mit vielfältigen Rechtsunsicherheiten verbunden ist (Kocher und Potocka-Sionek 2022; Bucher 2018), zwar erkannt, bislang aber nur deklamatorisch reagiert: „Wir gestalten eine rechtssichere Grundlage für die 24-Stunden-Betreuung im familiären Bereich“; mit diesem Satz leiteten die Ampel-Parteien im Koalitionsvertrag (Bundesregierung 2021, S. 81) ihre geplanten gesetzlichen Neuerungen ein. Bislang – Stand Sommer 2024 – wurde dazu jedoch noch kein Gesetzentwurf vorgelegt.

In diesem Beitrag wird auf der Basis vorliegender Forschungsergebnisse der Frage nachgegangen, welchen Stellenwert diese Versorgungsform in einem zukünftigen Versorgungsmix einnehmen kann und welche Schritte notwendig wären, um einige der zentralen Probleme des Feldes abzufedern. Diese vorsichtige Formulierung macht deutlich: Es gibt keine einfache Lösung. Ziel dies Beitrags ist, einerseits zentrale Forschungsbefunde und andererseits verschiedene Handlungsoptionen aufzuzeigen. Dazu wird in ► Abschn. 6.2 ein Überblick über wichtige Fakten und Forschungen zur Live-in-Pflege in Deutschland gegeben. In ► Abschn. 6.3 werden im politischen Diskurs relevante, aber wenig vorteilhafte Szenarien einer zukünftigen politischen Ausgestaltung des Feldes vorgestellt. Im abschließenden ► Abschn. 6.4 wird ein Weg skizziert, der ebenfalls nicht problemlos zu beschreiten ist, hier aber angesichts des hohen Problemdrucks als Option befürwortet wird.

2 90 % aller Demenzerkrankten in Deutschland sind im Alter über 75 Jahre. Bickel (2020, S. 7) geht von einem Anstieg der Demenzerkrankten zwischen 2018 und 2040 um mindestens 36,4 % aus (konservative Vorausberechnung).

3 Zu den Begriffen vgl. ► Abschn. 6.2.

## 6.2 Was wissen wir über Live-in-Pflege- und Betreuungsarrangements in Deutschland?

Bereits die vielfältigen Bezeichnungen des Phänomens unterstreichen seine politische Sensibilität und dahinterliegende Kontroversen (Deetzen et al. 2023, S. 169). Dieser Beitrag nutzt überwiegend die gängigen Bezeichnungen aus dem wissenschaftlichen Diskurs, *Live-in-Care*, *Live-in-Pflege* bzw. *-Betreuung* oder *Live-in-Arrangement*. Diese bringen zum Ausdruck, dass die Arbeitskräfte für die Zeit ihres Einsatzes in Deutschland (in der Regel in einem Rotationsmodell, wobei sich mehrere Migrantinnen und Migranten in einem ein- bis dreimonatlichen Rhythmus abwechseln) mit im Haushalt der pflegebedürftigen Person leben. Aus diesem Merkmal entspringt auch die wesentliche Vulnerabilität des Arrangements: Gleichsam als Ersatz für ein Familienmitglied sollen die pflegebedürftige Person und die Arbeitskraft gemeinsam in einem Haushalt leben. Dadurch verschwimmen die Grenzen zwischen Erwerbsarbeit und Privatleben. Wechselseitige Bedürfnisse und Erwartungen sind in einem Rahmen in Einklang zu bringen, der nicht frei von Machtgefügen ist und gleichzeitig kaum einer Kontrolle durch externe Akteure unterliegt (Rossow 2021; Emunds und Habel 2020). Der englische Begriff *Care* drückt klarer als die deutschen Begriffe *Pflege* oder *Betreuung* aus, dass es hier um ein umfassendes Verständnis von *Sorgearbeit* geht. Gesetzlich sind zwar nur Haushaltsdienstleistungen, Betreuungsleistungen und grundpflegerische Tätigkeiten erlaubt. In der Praxis sind jedoch weitere Pflgetätigkeiten üblich, wie empirische Studien (s. unten) zeigen. Daher ist auch die Bezeichnung der „*Betreuung in häuslicher Gemeinschaft*“, die vom Branchenverband der Vermittlungsagenturen (VHBP) als Bezeichnung in den politischen Diskurs gebracht wurde, umstritten. Der Begriff der „*24-Stunden-Pflege*“ oder „*24-Stun-*

*den-Betreuung*“, unter dem das Phänomen alltagssprachlich bekannt ist und mit dem viele Agenturen werben, wird hier nur in Anführungszeichen genutzt, um nicht Vorstellungen von einem außerfamiliären Pflege- und Betreuungsarrangement „rund um die Uhr durch eine Person“ zu reproduzieren. Denn dies ist auf legale Weise in Deutschland nicht durchführbar.

Durch den überwiegend informellen Charakter und fehlende Registrierungspflichten liegen zur Verbreitung von Live-in-Arrangements in Deutschland lediglich Schätzungen vor. Hielscher et al. (2017, S. 95) kamen aufgrund von Befragungsdaten deutscher Pflegehaushalte vor einigen Jahren zu dem Schluss, dass rund 160.000 Haushalte auf eine Live-in-Arbeitskraft zurückgreifen. Aufgrund des gängigen Rotationsmodells bedeutet dies, dass mindestens von einer doppelt so hohen Anzahl an Live-ins auszugehen ist. Andere Schätzungen gehen von deutlich höheren Zahlen aus, die bis zu 700.000 Live-ins für plausibel halten (Petermann et al. 2020). Die Anzahl von Vermittlungsunternehmen mit Sitz in Deutschland wurde in den letzten Jahren und im Rahmen von Forschungsprojekten zu unterschiedlichen Zeitpunkten recherchiert. Da es kein offizielles Register gibt, muss(te) dabei auf die Analyse der Webseiten der Agenturen zurückgegriffen werden. Im Jahr 2016 wurden im Rahmen des deutsch-polnischen Forschungsprojekts *EuroAgencyCare* 274 Agenturen gezählt (ohne lokale Einzelstandorte; Leiber et al. 2019, S. 375), wenige Jahre später erfasste ein Projekt von Aulenbacher et al. (2021a, S. 24) etwa 400 Unternehmen. Auch in der Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage zu Vermittlungsunternehmen wird das Wachstum nachgezeichnet und mit 686 Agenturen aus dem Branchenreport von 24h-Pflege-Check, vermutlich einschließlich der Zweigstellen, beziffert (Deutscher Bundestag 2021, S. 4).

Aufgrund von Interviews mit Expertinnen und Experten im Agenturumfeld ist davon auszugehen, dass sich der Markt für Live-in-Pflegekräfte einerseits parallel zur steigenden Zahl

der Pflegebedürftigen kontinuierlich ausweitet und andererseits in Bezug auf die Rekrutierungsländer heterogener wird. Die meisten Live-ins in Deutschland kommen aus EU-Ländern, allen voran aus Polen, und es ist zu vermuten, dass die überwiegende Mehrheit irregulär tätig ist (Leiber und Rossow 2022). In jüngerer Zeit werden aber auch vermehrt Arbeitskräfte aus Nicht-EU-Ländern rekrutiert, insbesondere aus der Ukraine und den Balkanstaaten. Eine Studie der Fachstelle Einwanderung schätzt, dass rund 133.000 Live-ins aus Drittstaaten in Deutschland tätig sind (Becker et al. 2021).

Mit der Verbreitung des Phänomens ist auch das Forschungsinteresse daran in den letzten rund 20 Jahren stark gestiegen,<sup>4</sup> auch in einem international vergleichenden Kontext (Aulenbacher et al. 2024; Horn et al. 2019). Da Live-ins aufgrund der Unregelmäßigkeiten des Marktes zu einer schwer erreichbaren Zielgruppe gehören, stützte sich die Forschung lange Zeit auf qualitative Studien, die Einblicke in die Lebens- und Arbeitssituation von Live-ins ermöglichten. Inzwischen gibt es aber auch eine Reihe von Analysen, die auf standardisierten Umfragedaten auf der Basis von Convenience Samples beruhen (im Überblick Hipp et al. 2024). Auch wenn diese nicht als repräsentativ gelten können, geben sie doch aufschlussreiche Einblicke in das Feld und dortige Praktiken. Auf der Basis einer innovativen Methode zur Erforschung sogenannter Hard-to-reach-Populationen wie den Live-ins, dem Respondent-driven Sampling<sup>5</sup>, haben Hipp et al. (2024) jüngst zudem Analysen

vorgelegt, die erstmals Repräsentativität beanspruchen.

Welches Bild ergibt sich aus der vorhandenen Studienlage? Die meisten Live-ins sind Pendelmigrantinnen und -migranten, weiblich (schätzungsweise rd. 90 %), eher im mittleren Alter um die 50 Jahre und haben in der Regel wenige formelle Qualifikationen im Bereich Pflege (Becker et al. 2021, S. 12; Hipp et al. 2024, S. 4). Die jüngste VdK-Pflege-studie sowie die Studien der Fachstelle Einwanderung liefern neuere Befragungsdaten zu den Arrangements und Arbeitsbedingungen: Generell wird diese Pflegeform überwiegend bei älteren Menschen in höheren Pflegegraden (Pflegegrad 4: 34 %, Pflegegrad 5: 26 %) und häufig bei Demenzerkrankten genutzt (Büschler et al. 2023, S. 98–99, vgl. auch Becker und Komitowski 2022, Kap. 4). Auch der Anteil der Pflegebedürftigen mit häufigem nächtlichem Unterstützungsbedarf ist im Vergleich zu allen Pflegearrangements, also auch zu denen ohne ausländische Pflegekraft, besonders hoch. Es geht also vorwiegend um die Versorgung schwer pflegebedürftiger Menschen mit intensivem Betreuungsbedarf. Die VdK-Studie bestätigt, dass es vor allem Haushalte mit mittlerem und höherem Einkommen sind, die dieses Arrangement nutzen, und zwar vor allem für die Pflege der nicht im selben Haushalt lebenden (Schwieger-)Eltern. Bei mehr als der Hälfte der befragten Personen wurden Kosten zwischen 2.000 und 3.000 € pro Monat für diese Unterstützungsleistung angegeben, also durchaus erhebliche Summen. Bei den Kosten, die Vermittlungsagenturen für den Einsatz einer Arbeitskraft in einem Privathaushalt in Rechnung stellen, ist für die Familien oft nicht ersichtlich, wie viel Lohn die Migrantinnen und Migranten erhalten. Auch hierzu gibt es generell wenige aussagekräftige Daten. Die Preise lassen jedoch vermuten, dass der Mindestlohn, der für Live-ins im Angestelltenverhältnis greift, zumindest teilweise umgangen wird, falsche Angaben zu den Arbeitszeiten gemacht werden oder häufiger die Bereitschaftszeiten nicht mit einge-

4 Überblicke finden sich in Leiber und Rossow (2022), Aulenbacher et al. (2021a) oder zu Rechtsfragen Kocher und Potocka-Sionek (2022).

5 Respondent-driven Sampling ist eine Methode, mit der sich schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen erreichen lassen. Die Datenerhebung beginnt mit einem Convenience Sample und bietet den Befragten Anreize, nicht nur selbst an der Umfrage teilzunehmen, sondern auch ihre Kontakte aus der Zielpopulation zur Teilnahme zu bewegen. Die Vorgehensweise kombiniert Elemente des Schneeballverfahrens und der Netzwerkanalyse, um eine hohe statistische Aussagekraft zu erzielen (ausführlich Hipp et al. 2019).

rechnet werden.<sup>6</sup> Die Studie von Hipp et al. (2024) gibt an, dass nur etwas mehr als 60 % der Live-ins mit Agenturvermittlung, im Vergleich zu etwa 90 % Live-ins ohne Agenturvermittlung, ein monatliches Nettoeinkommen von 1.300 € (oder mehr) erzielen. Das Aufgabenspektrum der Live-ins ist vielfältig und reicht dabei auch in den – eigentlich nicht zulässigen – Bereich der medizinisch-pflegerischen Versorgung<sup>7</sup> hinein (Büscher et al. 2023, Abschn. 3.5.10).

In Bezug auf *die Arbeits- und Lebensbedingungen für die Live-ins* zeigt sich: Auch wenn es auf der Basis qualitativer Studien oder nicht-repräsentativer Befragungss Stichproben immer wieder Hinweise darauf gibt, dass Arbeitskräfte in Live-in-Arrangements durchaus zufrieden mit ihrer Situation sein können, gibt es auf ähnlicher Datenbasis mindestens ebenso viele Hinweise auf vielfältige gesundheitliche Stress- und Risikofaktoren sowie prekäre Praktiken (exemplarisch Kriegsmann-Rabe et al. 2023; Schabram und Freitag 2022). Petermann et al. (2020, S. 111–114) weisen – auf Basis einer selektiven Stichprobe polnischer Live-ins, die über VHBP-Agenturen vermittelt wurden – z. B. darauf hin, dass die überwiegende Mehrheit der befragten Live-ins sich in Bezug auf prozedurale, interpersonale und informationelle Aspekte<sup>8</sup> des Arrangements fair behandelt fühlen. In der VdK-Pflegestudie geben die befragten Angehörigen zu über 90 % an, dass die Live-ins über ein eigenes Zimmer und einen Internetzugang verfügen, allerdings nur in etwa der Hälfte der Fälle über ein eigenes Bad. Feste Absprachen über Arbeits- und Pausenzeiten werden demnach in rund 80 % der Haushalte getroffen.

Dabei bleibt offen, was damit genau gemeint ist. Interessant ist auch, dass in 82,6 % der Haushalte mit einer Live-in weitere Personen aus dem Familien- und Bekanntenkreis in das Arrangement einbezogen werden, was in der Gesamtheit der Pflegearrangements nur auf rund 60 % der Haushalte zutrifft. Live-in-Pflege findet also durchaus bereits in gemischten Pflegearrangements statt, bei knapp der Hälfte der Haushalte auch gemeinsam mit ambulanten Pflegediensten oder Betreuungsdiensten (Büscher et al. 2023, S. 97–99). In der Studie von Becker und Komitowski (2022, S. 21) kam gleichzeitig heraus, dass besonders belastete Arrangements entstehen: So gaben mehr als die Hälfte der dort befragten Live-ins, die eine über 75-jährige Person mit Demenzerkrankung und Pflegegrad 4 oder 5 betreuen, an, keine Unterstützung durch die ambulanten Pflegedienste zu erhalten. Rossow (2021) hat in ihrer qualitativen Studie zur Frage, „[w]ie sorgende Angehörige Live-in-Arbeitsverhältnisse ausgestalten“, eindrücklich illustriert, wie vielfältig die Handhabungen beim Thema Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten sind. Dabei waren die Praktiken weniger an rechtlichen Vorgaben orientiert als „selbstgestrickt“ vor dem Hintergrund jeweils individueller Normen und (Berufs-)Erfahrungen der Familien. Die Daten zeigen, dass Angehörige unabhängig vom jeweils angewandten Rechtsrahmen (vgl. ▶ Abschn. 6.3) auf die ausgedehnten Bereitschaftszeiten und ständige Verfügbarkeit der Live-ins setzen und dies teils damit begründen, dass dies „keine Arbeit“ sei. Teils – nämlich dann, wenn das Arrangement gegen ihre eigenen Fairnessvorstellungen verstößt, sie jedoch darauf angewiesen sind – behelfen sie sich auch mit individuellen Ausgleichszahlungen, um den ansonsten – so die Wahrnehmung einiger Familien – geringen Stundenlohn durch eine private Aufstockung aufzubessern (Rossow 2021, S. 194 ff). Dies untermauert, dass vor allem individuelle (Macht-)Ressourcen (Becker 2016) und nicht verbindliche Rechtsstandards für die Gestaltung der Arbeitsbedingungen ausschlaggebend sind. Die VdK-Studie zeigt einerseits, dass die allgemeine Zufriedenheit der

6 Letzteres wird auch durch den Fall einer Pflegekraft aus Bulgarien untermauert, zu dem das Bundesarbeitsgericht ein wegweisendes Urteil sprach (Urteil vom 24. Juni 2021, Az: 5 AZR 505/20). Dieses stellte klar, dass auch die Bereitschaftszeiten von Live-ins mit dem Mindestlohn zu vergüten sind.

7 Z. B. geben Angehörige in rd. 30 % der Fälle an, dass Tätigkeiten wie Medikamentengabe durch die Live-ins übernommen werden.

8 Dies gilt jedoch weniger bezüglich distributiver Fairness (also finanzieller Fragen, vgl. ebd.).

Familien mit dem Arrangement relativ hoch ist (über 80 %). Gleichzeitig geben aber mehr als die Hälfte der Befragten bei der Gesamteinschätzung der Pflegesituation an, dass diese „nur unter Schwierigkeiten“ oder „eigentlich gar nicht mehr“ zu bewältigen sei, was auf die Überlastungssituationen der Angehörigen, aber auch der Live-ins hinweist. Zudem wird besonders häufig (in mehr als 70 % der Fälle, die nicht mit dem Arrangement zufrieden sind) auf die Problematik mangelnder Verständigungsmöglichkeiten aufgrund fehlender Sprachkenntnisse hingewiesen (Büscher et al. 2023, S. 94, 103).

Diese Arrangements stehen daher nicht nur wegen der schlechten Arbeitsbedingungen in der Kritik, sondern auch wegen des Risikos einer unzureichenden Pflegequalität aufgrund von Überforderungs- und Überlastungssituationen. Vor allem internationale Studien haben bereits früh auf das Problem häuslicher Gewalt und Misshandlung gegenüber Pflegebedürftigen in Live-in-Pflegearrangements hingewiesen (Salami et al. 2017).

Wichtig zum Verständnis des Feldes ist nicht nur die Situation der Migrantinnen und Migranten, sondern auch die *Rolle der Vermittlungs- und Entsendeagenturen*. Untersuchungen im Rahmen des deutsch-polnischen Projekts EuroAgencyCare haben gezeigt, dass sich dieser Agenturmarkt weniger einheitlich darstellt, als dies in Wissenschaft und Öffentlichkeit zunächst wahrgenommen wurde. Es wurden drei Typen von deutschen Vermittlungsagenturen herausgearbeitet, die das Projektteam als „Pioniere“, „Minimalisten“ und „Nachahmer“ bezeichnen. Als „Pioniere“ werden Unternehmen bezeichnet, deren Geschäftsstrategie es ist, ein legales „Qualitätssegment“ zu entwickeln, das die Live-in-Pflege als reguläre, rechtssichere Säule des deutschen Pflegesystems etabliert und für dieses Modell auch einen expliziten Zugang zu Finanzierungsmitteln der Pflegeversicherung anstrebt. Vorbildcharakter für diese Akteure hat das österreichische Modell, das im Rahmen der so genannten „24-Stunden-Pflege“ vor allem selbständige Personenbetreuerinnen

staatlich fördert. „Minimalisten“ wollen das Feld dagegen eher im Schatten belassen und die Unsicherheiten des grauen Marktes für sich nutzen. „Nachahmer“ folgen den Pionieren in der Grundausrichtung, sind aber selbst keine aktiven Gestalter des Feldes (ausführlich Leiber et al. 2019). Denn als „Pioniere“ sehen wir einige Agenturen auch deshalb, weil sie versuchen, das Feld proaktiv politisch mitzugestalten und einige freiwillige Standards etablieren (ausführlich Leiber und Österle 2022). Bislang ist die Zahl der Unternehmen in diesem Segment allerdings gering. Hipp et al. (2024) konnten auf Basis ihrer Studie zeigen, dass sich die Arbeitsbedingungen sowie die Zufriedenheit mit dem Arrangement zwischen Live-ins mit und ohne Agenturvermittlung unterscheiden: Live-ins ohne Agenturvermittlung erhalten demnach zwar höhere Löhne (siehe oben), haben aber schlechtere Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten. Sie sind daher auch weniger zufrieden mit ihrem Leben insgesamt, ihrem allgemeinen Lebensstandard und ihren Beziehungen zu ihren Familien in Polen sowie zu ihren Kunden und deren Familien in Deutschland als über eine Agentur vermittelte Live-ins. Dies spricht dafür, die Rolle der Agenturen als zukünftige Gestaltungsakteure kritisch zu reflektieren (vgl. ► Abschn. 6.4).

### 6.3 Welche Gestaltungsoptionen werden diskutiert?

Die Politik bewegt sich beim Thema Live-in-Arrangements stets in einem Dilemma: Wird der Bereich durch nationale Gesetzgebung explizit politisch adressiert, erfährt die umstrittene Beschäftigungsform zusätzliche Legitimation und ggf. sogar eine Förderung durch öffentliche Mittel; dies wird von vielen kritisch gesehen, wie sich am Beispiel Österreichs zeigt (Leiber und Österle 2022). Verzichtet man auf eine Regulierung und setzt auf politische Maßnahmen zur Förderung alternativer Pflegeformen, so ist angesichts des steigenden Pflegebedarfs trotzdem nicht davon auszugehen, dass der „graue Markt“ an Bedeutung

verliert (von Deetzen et al. 2023; Rossow und Leiber 2022).

Grundsätzlich lassen sich folgende rechtliche Modelle unterscheiden, über die Live-ins vor allem aus Mittel- und Osteuropa nach Deutschland kommen können: der Weg der Entsendung (aktuell vermutlich in Deutschland am weitesten verbreitet, sieht man vom informellen Sektor ab), der Weg der Arbeitnehmerüberlassung, der Weg der Selbstständigkeit (mit Firmensitz im Herkunfts- oder Heimatland), die direkte Anstellung im Haushalt oder die direkte Anstellung über eine Vermittlungsagentur. Darüber hinaus gibt es den eindeutig illegalen Weg ganz ohne Vertrag. Diese rechtlichen Modelle wurden bereits im Pflege-Report 2020 dargestellt (Emunds und Habel 2020). Im Folgenden werden drei Entwicklungspfade für die Zukunft aufgezeigt, die an die Modelldiskussion anknüpfen, aber jeweils eine Reihe gravierender Nachteile aufweisen. In ► Abschn. 6.4 wird ein viertes Szenario als Handlungsempfehlung vorgestellt.<sup>9</sup>

(1) Das erste Szenario besteht darin, den „grauen Markt“ von staatlicher Seite weiter sich selbst zu überlassen, da keine einfache Regulierungslösung zu finden ist. Da der Pflegebedarf und damit die Nachfrage sehr hoch ist, ist davon auszugehen, dass der Markt sich weiter ausdehnen und aufgrund des knapper werdenden Arbeitskräfteangebots „weiter nach Osten“, noch stärker als bislang in Nicht-EU-Länder verlagern wird. Denn auch EU-Mitgliedstaaten aus Mittel- und Osteuropa haben mit dem demographischen Wandel und einem Fachkräftemangel in der Pflege zu tun. Vulnerable Gruppen – die Migrantinnen und Migranten und die Pflegebedürftigen – bleiben dann weiter relativ ungeschützt und diejenigen Agenturen auf dem wild gewachsenen Markt mit den schlechtesten

Praktiken profitieren am meisten davon, dass der Staat „weschaut“.

- (2) Eine weitere Option wäre, dass Deutschland den *österreichischen Weg der regulierten Selbstständigkeit* geht (ausführlich zu den dortigen Regelungen: Leiber und Österle 2022), wie es sich der deutsche Agenturverband VHBP wünscht und wofür sich auch der damalige Bundesgesundheitsminister Spahn bereits 2021 ausgesprochen hat. Ein solcher Schritt zu mehr Rechtssicherheit wäre für alle Beteiligten positiv. Die Forschung zu Österreich (für einen Überblick vgl. Aulenbacher et al. 2021a, Kap. 4, 9, 11, 13) zeigt aber auch: Das Kernproblem überlanger, ethisch kaum vertretbarer Arbeitszeiten und unzureichender Qualifikation, die zu Versorgungsrisiken beitragen, kann man damit nicht in den Griff bekommen. Auch führt ein solches Modell zur Individualisierung von Arbeitsrisiken, indem diese auf solo-selbstständige Dienstleistungserbringerinnen und -erbringer verlagert werden. Zudem besteht ein hohes Risiko für Konstellationen der Scheinselbstständigkeit. Ethisch prekäre Arrangements würden durch staatliche Förderung möglicherweise sogar noch belohnt.
- (3) Ein dritter Weg besteht darin, *alternative Versorgungsformen* auszubauen und damit die Notwendigkeit des Einsatzes von Live-ins aus dem Ausland obsolet zu machen oder zumindest stark einzuschränken. Dennoch kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Live-in-Markt in den kommenden Jahren obsolet wird. Denn der Pflegebedarf wächst wie beschrieben stark und die unternehmerischen Akteure haben ein Interesse daran, ihr Geschäftsfeld auszubauen. Ohne regulierende Eingriffe werden Akteure in diesem Feld problematische Geschäftspraktiken weiterverfolgen. Daher kann es in der Zukunft eigentlich nur darum gehen, die Regulierung des Live-in-Sektors und die Entwicklung anderer Versorgungsformen nicht als Gegensätze, sondern als *komplementäre Ansätze* zu ver-

<sup>9</sup> Die ► Abschn. 6.3 und ► Abschn. 6.4 beruhen auf meiner gemeinsamen Arbeit mit Verena Rossow, vgl. Leiber und Rossow (2022) sowie Rossow und Leiber (2022).

stehen. Darauf wird abschließend im folgenden Abschnitt näher eingegangen.

## 6.4 Live-in Arrangements im Angestelltenverhältnis neu denken

Bei der Frage, wie Live-in-Arrangements jenseits prekärer Entsende- oder Selbstständigkeitsmodelle und komplementär zu anderen Versorgungsformen reguliert und gestaltet werden können, steht man vor der Kernfrage, wie mit den überlangen Arbeitszeiten umgegangen werden kann. Dabei sind sich zunehmend mehr Stimmen aus der Wissenschaft einig: Ein rechtssicherer Weg kann nur gegangen werden, wenn man sich grundsätzlich von der Vorstellung einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung durch eine einzige Person verabschiedet (vgl. auch Städtler-Mach und Bünnemann 2023) und man die Live-in Arrangements im Angestelltenverhältnis neu denkt (ähnlich bspw. Kocher und Potocka-Sionek 2022; Becker 2023; Emunds et al. 2021; Weg 2023). Die Modelle Cari-Fair und FairCare der Wohlfahrtsverbände gehen hier bereits den Weg, *Live-ins als Angestellte im Haushalt* ausschließlich in Kombination mit weiteren Diensten (die auch der Qualitätskontrolle dienen) *als komplementäre Lösung im Rahmen eines gemischten Pflegearrangements* anzubieten. Ein solcher Pfad würde auch im Einklang damit stehen, alternative Versorgungsformen sowie die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf künftig parallel weiter auszubauen, um weniger stark auf Live-ins angewiesen zu sein (vgl. auch von Deetzen et al. 2023). Ein Haushalt mit Betreuungsbedarf fungiert hier als Arbeitgeber und beschäftigt immer zwei Betreuungskräfte gleichzeitig, die sich in einem Tandemmodell wöchentlich oder monatlich abwechseln. Während des Aufenthaltes einer Betreuungskraft im Heimatland wird diese bezahlt und ist auch nach deutschem Recht sozialversichert. Gleichzeitig haben die Familien einen festen Ansprechpartner bei der Vermittlungsstelle (deren Beratungsziele nicht

der Gewinnmaximierung unterliegen). Darüber hinaus werden die Kundinnen und Kunden dieser Projekte umfassend über ihre Arbeitgeberpflichten und -rechte aufgeklärt; ebenso die Live-ins. In der Regel werden gemischte Betreuungssettings etabliert, in denen zusätzlich ein ambulanter Pflegedienst mitwirkt und die Angehörigen ansprechbar und erreichbar sind. Van Bochove und zur Kleinsmiede (2019) haben am Beispiel der Niederlande darauf hingewiesen, dass ein solches „Management der Pflegenetzwerke“ einen bedeutenden Unterschied für die Arbeitsbedingungen der Live-ins machen kann. Durch diese Bedingungen und die Kontrollmöglichkeit durch Stundenzettel und engmaschige Kontakte könnte darauf hingewirkt werden, dass eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung durch eine Person in diesem Modell vermieden wird. Zur Entbürokratisierung könnte die Minijobzentrale hier – ähnlich wie bereits bei den haushaltsnahen Dienstleistungen – für ein vereinfachtes Anmeldeverfahren sorgen.

Einige Vorschläge zielen auch darauf ab, Live-in-Arbeitsverhältnisse künftig eher analog zur Schweiz als zu Österreich auszugestalten. In der Schweiz sind die Live-ins häufig bei den inländischen Agenturen als Arbeitnehmerinnen und -nehmer angestellt – wenngleich dort besondere Ausnahmen vom Arbeitszeitgesetz für die Live-ins vorgesehen sind (Schwiter und Steiner 2021).<sup>10</sup> Dies würde den Familien die Rolle als Arbeitgeber ersparen, die auf wenig Zuspruch stößt (Rossow 2021) und mit bürokratischem Aufwand einhergeht. Ein Vorteil dieses Modells wäre auch, dass die Arbeitskräfte im Rahmen eines solchen Angestelltenverhältnisses möglicherweise leichter für eine gewerkschaftliche Interessenvertretung zu erreichen wären.

10 In diese Richtung geht auch der Vorschlag von Weg (2023), in Deutschland durch Anwendung des § 18 Abs. 3 AzG auf Live-in Arrangements im Angestelltenverhältnis eine Sonderregelung in Bezug auf die Arbeitszeiten zu erwirken. Abgesehen davon, dass dies normativ streitbar ist, dürften diesem Weg (europa-)rechtliche Hürden entgegenstehen (von Deetzen et al. 2023).

Doch auch unabhängig von der Rechtsform erscheint es von Bedeutung, künftig mehrsprachige Beschwerde- und Beratungsmöglichkeiten für die Live-ins sowie Qualifikationsmöglichkeiten weiter auszubauen (Freitag 2020; Becker 2023). Im Rahmen eines solchen Modells könnten auch die Vermittlungsagenturen – verbunden mit bestimmten Voraussetzungen und gebunden an Verpflichtungen – eine zentrale Beratungs- und Schnittstellenfunktion erfüllen, denn es wurde oben gezeigt, dass diese durchaus einen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen nehmen können. Ein nennenswerter Teil der finanziellen Ressourcen fließt dann jedoch zu den Agenturen und kommt nicht bei den Live-ins an. Ein solche Funktion könnte aber auch durch andere, „neutrale“ Akteure wie etwa (kommunale) Pflegeberatungsstellen ausgeübt werden (vgl. Emunds et al. 2021).

Eine weitere, damit verbundene Handlungsoption liegt schließlich darin, solche „relativ fairen“ Konstellationen, die das Arrangement deutlich teuer machen, mit einer staatlichen Förderung zu versehen und an weitere Qualitätsanforderungen zu knüpfen. Dies würde Schwarzmarktlösungen vergleichsweise weniger attraktiv machen. Es existieren bereits jetzt über das SGB XI, insbesondere über den Umwandlungsanspruch des § 45a SGB XI, Anknüpfungsmöglichkeiten hierfür (Leiber und Rossow 2022, Abschn. 5.3), aber auch Gutscheinmodelle sind denkbar.

Ein letzter zentraler Punkt im Rahmen eines solchen Modells betrifft die Forderung nach einem klaren Tätigkeitsprofil, im Rahmen dessen die Aufgaben der Live-ins von anderen Tätigkeiten im Bereich erweiterter haushaltsnaher Dienstleistungen (z. B. Gartenarbeit, Tierpflege) oder professioneller Fachpflege (z. B. Behandlungspflege) klar abgegrenzt und mit entsprechenden Qualifikationsanforderungen versehen werden sollten. Eine solche Klärung könnte auch in aktuelle Diskussionen zum Live-in-Modell auf EU-Ebene eingebettet werden (Kocher und Potocka-Sionek 2022, S. 76 ff; Phan-Warnke und Freitag 2021).

## Literatur

- Aulenbacher B, Lutz H, Schwiter K (2021a) Gute Sorge ohne gute Arbeit? Live-in-Care in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Beltz Juventa, Weinheim
- Aulenbacher B, Prieler V, Leiblfinger M (2021b) Das umstrittene Selbstständigenmodell – Live-in-Betreuung in Österreich. In: Aulenbacher B, Lutz H, Schwiter K (Hrsg) Gute Sorge ohne gute Arbeit? Live-in-Care in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Beltz Juventa, Wien, S 66–78
- Aulenbacher B, Lutz H, Palenga-Möllnbeck E, Schwiter K (2024) Home care for sale: the transnational brokering of senior care in Europe. SAGE, London
- Auth D, Brüker D, Discher K, Kaiser P, Leiber S, Leitner S (2020) Sorgende Angehörige. Eine intersektionale Analyse. Westfälisches Dampfboot, Münster
- Becker K (2016) Live-in and Burn-out? Migrantische Pflegekräfte in deutschen Haushalten. Arbeit 25(1–2):21–45. <https://doi.org/10.1515/arbeits-2016-0023>
- Becker P (2023) Die „vierte Säule“ der Pflege – Aktuelle Bedarfe und Erwartungen von 24-Stunden-Betreuungskräften (Live-ins) in Bezug auf ihre Arbeit in Deutschland. Working Paper 05. Minor – Projektkontor für Bildung und Forschung, Berlin
- Becker P, Komitowski D (2022) Tragende Säule bröckelnder Versorgungssicherheit ohne regulären Untergrund – Situation und zukünftige Entwicklung in der ambulanten Pflege und die Perspektive von Betreuerinnen aus der 24-Stunden-Betreuung (Live-ins) auf die Pflegesituation vor Ort. Working Paper 10. Minor – Projektkontor für Bildung und Forschung, Berlin
- Becker P, Fritsche C, Komitowski D (2021) 24-Stunden-Pflegekräfte aus den Staaten außerhalb der EU. Working Paper 07. Minor – Projektkontor für Bildung und Forschung, Berlin
- Bickel H (2020) Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e V. [https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1\\_haeufigkeit\\_demenzerkrankungen\\_dalzg.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf). Zugegriffen: 13. Okt. 2022
- van Bochove M, zur Kleinsmiede D (2019) Broadening the scope of live-in migrant care research: How care networks shape the experience of precarious work. Health Soc Care Community 28(1):51–59. <https://doi.org/10.1111/hsc.12837>
- Bucher B (2018) Rechtliche Ausgestaltung der 24-h-Betreuung durch ausländische Pflegekräfte in deutschen Privathaushalten: Eine kritische Analyse. Nomos, Baden-Baden
- Bundesregierung (2021) Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen

- und FDP. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/koalitionsvertrag-2021-1990800>. Zugegriffen: 20. Aug. 2024
- Büscher A, Peters L, Stelzig S, Lübben A, Yalymova I (2023) Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK-Pflegestudie. Abschlussbericht. Hochschule Osnabrück
- von Deetzen V, Kocher E, Hinrichs O (2023) Feministische Kontroversen zur Regulierung von Live-in Care. *Streit* 4:166–173
- Deutscher Bundestag (2021) Drucksache 19/26836. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Pia Zimmermann, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Agenturen für sogenannte 24-Stunden-Pflegekräfte, Berlin
- Emunds B, Habel S (2020) Von der Schwarzarbeit zum „grauen Markt“ – und darüber hinaus? Neucere und künftig notwendige Entwicklungen der sog. 24-Stunden-Pflege. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2020*. Springer, Berlin Heidelberg, S 111–121
- Emunds B, Kocher E, Habel S, Pflug R, Tschenger T, von Deetzen V (2021) Gute Arbeit für Live-in-Care. Gestaltungsoptionen für Praxis und Politik. Policy Paper. [https://nbi.sankt-georgen.de/assets/documents/cillas-und\\_nbi-position-2021\\_2-live-in-care.pdf](https://nbi.sankt-georgen.de/assets/documents/cillas-und_nbi-position-2021_2-live-in-care.pdf). Zugegriffen: 23. Aug. 2024
- Freitag N (2020) Arbeitsausbeutung beenden. Osteuropäische Arbeitskräfte in der häuslichen Betreuung in Deutschland. Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin
- Hielscher V, Kirchen-Peters S, Nock L (2017) Pflege in den eigenen vier Wänden – Zeitaufwand und Kosten; Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Study Nr 363. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
- Hipp L, Kohler U, Leumann S (2019) How to implement respondent-driven sampling in practice: insights from surveying 24-hour migrant home care workers. Survey methods: insights from the field. ZBW – Leibniz Information Centre for Economics, Kiel <https://doi.org/10.13094/SMIF-2019-00009> (EconStor Open Access Articles and Book Chapters)
- Hipp L, Leumann S, Kohler U (2024) Employment arrangements and well-being of migrant live-in care workers: Evidence from a study of Polish live-ins in Berlin. *sozialpolitikch*. <https://doi.org/10.18753/2297-8224-4435>
- Horn V, Schweppe C, Böcker A, Bruquetas-Callejo M (2019) Live-in migrant care worker arrangements in Germany and the Netherlands: motivations and justifications in family decision-making. *Int J Ageing Later Life* 13(2):83–113. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.18410>
- Kalwitzki T, Rothgang H (2022) Finanzierung von stationärer Langzeitpflege. *Public Health Forum* 30(3):54–157. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2022-0059>
- Kocher E, Potocka-Sionek N (2022) Rechtsfragen beim Einsatz polnischer Betreuungskräfte (Live-ins) in Deutschland durch Vermittlung polnischer Agenturen. Europa-Universität Viadrina, Center for Interdisciplinary Labour Law Studies, Frankfurt (Oder)
- Kriegsmann-Rabe M, Maus K, Hiebel N, Klein C, Geiser F (2023) Live-in migrant home care workers in Germany: stressors and resilience factors. *PLoS ONE* 18(3):e282744. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282744>
- von Kutzleben M (2018) Häusliche Versorgung von Menschen mit Demenz. Rekonstruktion des Versorgungshandelns informeller Versorgungspersonen im Zeitverlauf. Belz, Weinheim
- Leiber S, Österle A (2022) Formalisierung des Informellen. Die Regulierung der „24-Stunden-Betreuung“ in Österreich und Deutschland. *WSI Mitteilungen* 75(5):379–385. <https://doi.org/10.5771/0342-300X-2022-5-379>
- Leiber S, Rossow V (2022) Beschäftigung von Migrantinnen in der sogenannten „24-Stunden-Betreuung“ in Privathaushalten. Expertise im Auftrag des Sachverständigenrats für Integration und Migration für das SVR-Jahresgutachten. Berlin. [https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2022/12/Leiber\\_Rossow\\_Expertise\\_fuer-SVR-Jahresgutachten-2022.pdf](https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2022/12/Leiber_Rossow_Expertise_fuer-SVR-Jahresgutachten-2022.pdf). Zugegriffen: 3. Sept. 2024
- Leiber S, Matuszczyk K, Rossow V (2019) Private labor market intermediaries in the Europeanized live-in care market between Germany and Poland: a typology. *Z Sozialreform* 65(3):365–392
- Petermann A, Jolly G, Schrader K (2020) Fairness und Autonomie in der Betreuung in häuslicher Gemeinschaft – Ergebnisse einer empirischen Studie. In: Städtler-Mach B, Ignatzi H (Hrsg) *Grauer Markt Pflege: 24-Stunden-Unterstützung durch osteuropäische Betreuungskräfte*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 99–121
- Phan-Warneke L, Freitag N (2021) Ending live-in care workers’ labour exploitation in the European Union lessons from Germany. Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin
- Rossow V (2021) *Der Preis der Autonomie. Wie sorgende Angehörige Live-in Arbeitsverhältnisse ausgestalten*. Budrich Academic Press, Opladen Berlin Toronto
- Rossow V, Leiber S (2022) „Mehr Fortschritt wagen“ auch im Feld der Live-in-Pflege? DIFIS Impuls 1. [https://difis.org/file/source/Publikationen/DIFIS\\_Impulse\\_Pflege\\_15-2-2022.pdf](https://difis.org/file/source/Publikationen/DIFIS_Impulse_Pflege_15-2-2022.pdf). Zugegriffen: 20. Aug. 2024
- Salami B, Duggleby W, Rajani F (2017) The perspective of employers/families and care recipients of migrant live-in Caregivers: a scoping review. *Health*

Soc Care Community 25(6):1667–1678. <https://doi.org/10.1111/hsc.12330>

Schabram G, Freitag N (2022) Harte Arbeit, wenig Schutz: Osteuropäische Arbeitskräfte in der häuslichen Betreuung in Deutschland. Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin

Schwiter K, Steiner J (2021) Live-in-Betreuer\*innen als Angestellte – der Fall Schweiz. In: Aulenbacher B, Lutz H, Schwiter K (Hrsg) Gute Sorge ohne gute Arbeit? Live-in Care in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Beltz Juventa, Weinheim Basel, S 79–91

Städtler-Mach B, Bünemann M (2023) Osteuropäische Betreuungskräfte in der häuslichen Pflege. Versorgung verantwortlich und fair gestalten. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen

Statistisches Bundesamt (2022) Pflegestatistik 2021. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/>

[Downloads-Pflege/laender-pflegebeduerftige-5224002219005.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html). Zugegriffen: 13. Aug. 2024

Statistisches Bundesamt (2023) Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten. [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23\\_124\\_12.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html). Zugegriffen: 13. Aug. 2024

Stiftung Warentest (2017) Trautes Heim, da will ich sein. Test 5:86–95

Stiftung Warentest (2021) Finanztest. DasPflege-Set. Stiftung Warentest, Berlin, S 76–83

Weg M (2023) 24-Stunden-Pflege neu denken. STREITige Gedanken zu einer emotionalisierten Debatte. Streit 1:14–21

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# Prävention in der Pflege gestalten: Pflegebedürftigkeit vermindern, Selbstständigkeit erhalten

*Adelheid Kuhlmeier und Andrea Budnick*

## Inhaltsverzeichnis

- 7.1 Einleitung – 100
- 7.2 Prävention in der Pflege – die Ausgangssituation – 101
- 7.3 Prävention in der Pflege – das Ziel – 101
- 7.4 Prävention in der Pflege – die wissenschaftliche Evidenz – 102
- 7.5 Prävention in der Pflege gestalten – das Fazit – 105
- Literatur – 106

## ■ ■ Zusammenfassung

*Der Beitrag befasst sich mit dem längeren Erhalt der Selbstständigkeit im Alter durch Prävention und mit den Möglichkeiten der Verringerung der Lebenszeit mit Pflegebedürftigkeit. Ausgangspunkt sind die Prognosen zur Steigerung der Zahl der Menschen mit Pflegebedarf angesichts des Alterns der Generation der Babyboomer, bei gleichzeitigem Ausscheiden dieser Generation aus dem Arbeitsleben und damit auch aus dem Pflegeberuf. Ziel präventiver Interventionen ist die Maximierung von Gewinnen und die Minimierung von Gesundheitsverlusten im Lebensverlauf. Für einen solchen Ansatz auch noch in den höheren und hohen Lebensjahren sprechen Befunde, die positive Effekte auf den Erhalt der Selbstständigkeit z. B. durch gezieltes Training körperlicher Mobilität und geistiger Leistungsfähigkeit, durch soziale Teilhabe und Vermeidung von Einsamkeit oder durch eine gesunde Ernährung nachwiesen. Trotz dieser Befundlage ist das Pflegesystem nahezu exklusiv auf die Versorgung von Defiziten bei alten Menschen ausgerichtet. Benötigt wird ein Paradigmenwechsel hin zur Stärkung der vorhandenen physischen, psychischen und sozialen Ressourcen alternder Menschen – auch bei bereits eingeschränkter Gesundheit und Pflegebedürftigkeit.*

*Prevention can help to maintain independence in old age for longer – this and the possibilities of reducing the time spent in need of care are the subject of this article. The starting point are forecasts for an increase in the number of people in need of care as the baby boomer generation ages, while at the same time this generation retires from the labour market and thus also from the nursing profession. The aim of preventive interventions is to maximise gains and minimise health losses over the course of life. Findings have shown positive effects on maintaining independence, e.g. through targeted training in physical mobility and mental performance, through social participation and avoiding loneliness or through a healthy diet and point to such an approach even in the later and advanced years of life. Despite these*

*findings, the long-term care system is almost exclusively focussed on deficits in older people. What is needed is a paradigm shift towards strengthening the existing physical, mental and social resources of ageing people – even if their health is already impaired and they are in need of care.*

## 7.1 Einleitung

Pflegebedürftigkeit ist ein Zustand physischer, psychischer und sozialer Vulnerabilität, der mehrheitlich in den hohen Lebensjahren auftritt und noch immer zu wenig erforscht ist. Es ist bekannt, dass morbiditätsbetrachtet Pflegebedürftigkeit auf multifaktoriell verursachten chronischen Erkrankungen basiert (Bao et al. 2019). Zudem sind Schmerzen bei älteren Menschen mit einer Prävalenz von ca. 50–69 % für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit bedeutsam (Leiske et al. 2015; Dräger et al. 2020). Daneben sind für den Eintritt in eine Pflegebedürftigkeit auch sozio-demographische Merkmale (Stadelbacher und Schneider 2020), umwelt- und verhaltensbezogene Aspekte (Schnitzer et al. 2020) sowie im Alter zunehmende sensorische Defizite zu berücksichtigen (Blüher et al. 2017). Der Anteil der Schwerhörigen wird in der siebten Lebensdekade mit über 42 % beziffert, bei den über 80-Jährigen gar mit mehr als 71 % (Bartels und Abdel-Hamid 2024). Kognitive Leistungseinbußen stellen einen weiteren wesentlichen Risikofaktor für den Eintritt in eine Pflegebedürftigkeit dar. Auswertungen des Charité-Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft von 72.000 Erstbegutachtungen des Medizinischen Dienstes (MD) Berlin-Brandenburg zur Einstufung in einen Pflegegrad (2017) ergaben, dass 97,5 % aller Personen mit einer Erstdiagnose Demenz in einen Pflegegrad eingestuft wurden (Blüher et al. 2021). Determinanten für den Grad an Selbstständigkeit eines Menschen werden durch den MD im Rahmen eines Begutachtungsverfahrens geprüft und sozialversicherungsrechtlich eingeordnet. Die Zahl der Menschen – vor al-

lem im hohen und sehr hohen Lebensalter – in einem pflegebedürftigen Zustand nahm in den vergangenen Jahren in Deutschland stetig zu und könnte laut Prognosen bis 2030 auf 5,4 Mio. Menschen anwachsen und sich bis 2050 weiter auf bis zu 6,7 Mio. steigern, wenn keine präventiven Maßnahmen zum längeren Erhalt einer selbstständigen Lebensführung ergriffen werden (Statistisches Bundesamt 2023).

## 7.2 Prävention in der Pflege – die Ausgangssituation

Es gilt im Allgemeinen, dass die absolute Anzahl der Jahre ohne Pflegebedürftigkeit und damit bei selbstständiger Lebensführung stetig angestiegen ist, jedoch im geringeren Maß als die Lebenserwartung (Christensen et al. 2009). Finden sich einerseits Anhaltspunkte dafür, dass für bestimmte Erkrankungen (z. B. Demenz) in den höheren Altersgruppen eine Kompression der Morbidität stattfindet – z. B. stieg zwischen 1986 und 2008 das Alter, in dem die Demenzdiagnose gestellt wurde, im Mittel um zwei Jahre an; bei gleichzeitigem Anstieg des Sterbealters um etwa ein Jahr sank die Lebenszeit im Zustand einer Demenz – so trifft dies andererseits bei Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit nicht zu. Hier entspricht die Entwicklung einer Morbiditätsexpansion, oder anders ausgedrückt: Hier muss bewältigt werden, dass sich der Anteil der Jahre mit Pflegebedürftigkeit ausweitet (Christensen et al. 2009).

Eine weitere Tatsache determiniert die Spezifik der pflegerischen Versorgung in Deutschland für die kommenden 25 Jahre: das Altern der sog. Babyboomer-Generation. Ca. 13 Mio. Menschen, die zwischen 1955 und 1965 geboren worden sind, treten in die höheren und hohen Lebensjahre ein. Sie sind zurzeit mehrheitlich zwischen 60 und 70 Jahre alt und überlebende Babyboomer werden 2055 zwischen 90 und 100 Jahre alt sein. Die stärkste Nachfrage an medizinischer und pflegerischer

Versorgung werden Menschen dieser Generation in den Jahren zwischen 2035 und 2045 hervorrufen. Dies geschieht vor dem Hintergrund eines heute schon bestehenden und bis 2035 weiterwachsenden Mangels an Mitarbeitenden in den Pflege- und Gesundheitsberufen, der auf ca. 270.000 nicht besetzte Stellen beziffert wird (BIBB 2019).

Zusätzlich gibt es eine Reihe diverser Problemlagen für die Pflege, neben denen, die der demographische Wandel begründet. Es seien nur kurz die Pflege von ca. 160.000 Kindern und Jugendlichen und die Einbeziehung ihrer Eltern, pflegebedürftige Menschen mit körperlichen Behinderungen, Menschen, die einer außerklinischen Intensivpflege bedürfen, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, Menschen mit einer geistigen Behinderung, junge Menschen, die mit einem Post-Covid-Leiden pflegebedürftig werden, erwähnt (Jacobs et al. 2022).

Es scheint darum wenig zeitgemäß, unser Gesundheitssystem ausschließlich da zu perfektionieren, wo es um die medizinische und pflegerische Versorgung im Krankheitsfall oder Pflegefall geht. Ein Paradigmenwechsel im Versorgungskonzept muss neben der Krankenversorgung auf Prävention und den Erhalt von Gesundheit im langen Leben setzen. Die Nachfrage an medizinischer und pflegerischer Versorgung der Babyboomer-Generation wird infolge der gleichzeitig rückläufigen Fachkräfteresourcen nicht zu bewältigen sein. Prävention von Pflegebedürftigkeit und der Erhalt von Selbstständigkeit bis in die höchsten Lebensalter hinein sind relevante strukturelle Ansätze, um die Nachfrage im Gesundheitssystem zu steuern und Pflege nachhaltig zu gestalten.

## 7.3 Prävention in der Pflege – das Ziel

Gesundheitserhaltung bis in die höchsten Lebensalter hinein kann nicht die völlige Abwesenheit von Einschränkungen und Krankheits-

prozessen bedeuten, sondern ist als Zustand einer dem Lebensalter angemessenen Funktionsfähigkeit zu begreifen, die Einfluss nimmt auf den Erhalt von Selbstständigkeit und auf die Lebensqualität. Das heißt für die Prävention die Maximierung von Gewinnen und die Minimierung von Gesundheitsverlusten und birgt nicht die Vorstellung in sich, dass es möglich wäre, Zustände von Pflegebedürftigkeit vollständig zu vermeiden. Prävention in der Pflege zu gestalten bedeutet, die jeweils vorhandenen Potenziale der alternden Menschen zu unterstützen und nicht der zum Scheitern verurteilte Versuch, einen Zustand X bis zum Lebensende erhalten zu wollen. Damit sind auch wesentliche Ansatzpunkte von Prävention in der Pflege beschrieben: Vorhandene physische, psychische und soziale Ressourcen in einer besonders vulnerablen Zielgruppe sind zu identifizieren und mit Blick auf den Erhalt von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, Wohlbefinden und Lebensqualität zu stärken; weiteren Ressourcenverlust gilt es zu verhindern. Dies betrifft in besonderem Maße bereits eingeschränkte und hilfebedürftige Personen. Zu betonen ist, dass in jeder Lebensphase – auch bei dauerhaften körperlichen, kognitiven oder sozialen Einbußen – wenigstens ein Mindestmaß an Ressourcen und Potenzialen existiert.

Zu den Zielsetzungen einer Prävention in der Pflege gehören die Vorbeugung genereller Risiken, die Verzögerung von Funktionseinbußen und Vermeidung individueller Gefahren, die Eindämmung unvermeidlicher Belastungen, eine Verbesserung von Chancen und Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe, Verarbeitung dauerhafter Beeinträchtigung und Verstetigung verbliebener Ressourcen. Die Zielgruppen von Prävention in der Pflege sind häufig bereits erkrankte Personen, Personen mit einem Versorgungs- und (beginnenden) Pflegebedarf, Menschen in der eigenen Häuslichkeit, aber auch solche, die in Institutionen leben. Prinzipiell gehören aber zur Zielgruppe einer Prävention in der Pflege Menschen in allen anderen Lebensabschnitten, verbunden mit Themen wie Vermeidung von Altersarmut

und Altersdiskriminierung, Beförderung von sozialer Teilhabe und altersgerechter Gestaltung der sozialen und klimatischen Umwelt, Ermöglichung und Ertüchtigung zu gesundheitsförderndem Verhalten und lebenslangem Lernen (Kuhlmei und Budnick 2024).

## 7.4 Prävention in der Pflege – die wissenschaftliche Evidenz

Über den nachhaltigen Erfolg präventiver Maßnahmen in der Pflege zur Verminderung oder wenigstens Verzögerung von Pflegebedürftigkeit und zum längeren Erhalt einer selbstständigen Lebensführung wird noch immer gestritten, obgleich es heute bereits eine Reihe belastbarer wissenschaftlicher Befunde zur Wirksamkeit gibt. Auf deren Basis – um ein Beispiel zu nennen – empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer Leitlinie zur **körperlichen Aktivität** bei Personen ab dem 65. Lebensjahr mindestens 150 bis 300 min körperliche Aktivität mittlerer Intensität oder 75 bis 150 min intensive körperliche Aktivität pro Woche, zusätzlich Muskelaufbauübungen an mindestens zwei Tagen oder Training der Balance und Stärke an mindestens drei Tagen der Woche (WHO 2020). Insbesondere Balance- und Koordinationstraining sind wichtig. Sollten die Vorgaben nicht erfüllt werden, gibt es starke Hinweise darauf, dass etwas körperliche Aktivität (unter dem Niveau der Vorgaben) eine gesundheitsförderliche Wirkung zeigt und besser ist als keine körperliche Aktivität (WHO 2020). Befunde zeigen u. a. einen positiven Einfluss von körperlichem Training auf Gebrechlichkeit als ein wichtiges Maß für den Erhalt der Selbstständigkeit im hohen Alter. In der randomisierten Interventionsstudie von Ožic et al. (2020) zeigten sich nach einem Jahr deutliche Anstiege der Gebrechlichkeit in der Kontrollgruppe und kein Anstieg der körperlichen Gebrechlichkeit in den Interventionsgruppen. Zudem hatte die Intervention einen positiven Effekt auf die Fähigkeit zum selbstständigen Wohnen bei Älteren (Ožic et al. 2020). Körperliche Aktivität

zeigt aber auch präventive Wirkungen auf die Kognition. Lisko et al. (2021) zeigten anhand eines Scoping Reviews, dass das Risiko für Demenz und eine Alzheimer-Erkrankung bei aktiven Personen geringer war als bei körperlich inaktiven.

Nicht nur körperliches, auch **kognitives Training** hat Auswirkungen auf die geistige Leistungsfähigkeit und auf den längeren Erhalt kognitiver Ressourcen bei schon pathologischen Einbußen der geistigen Leistungen. Die lebenslange Bildung und ein kontinuierliches kognitives Training zeigen einen Einfluss auf das Risiko für Demenz. So übt ein geringer sozioökonomischer Status einen negativen Einfluss auf das Risiko einer Demenzerkrankung aus. Es zeigt sich zudem, dass kognitives Training sowohl bei Personen mit bereits vorhandenen kognitiven Einschränkungen als auch bei solchen ohne Einschränkungen positive Wirkungen auf die geistige Leistungsfähigkeit hat (Lisko et al. 2021). Tsai und Shen (2022) bestätigen mit einem narrativen Review und unter Auswertung der Studienlage zwischen 2008 und 2021 die Zusammenhänge. Interventionen waren in der Lage, die kognitiven Fähigkeiten älterer Menschen zu verbessern, den Abbau kognitiver Kompetenzen zu verlangsamen und den Beginn von Demenz zu verzögern.

**Einsamkeit** – um ein weiteres Beispiel zu beschreiben – wird immer mehr zu einem Gesundheitsrisiko in unseren modernen Gesellschaften und die Ermöglichung von Teilhabe zu einem wichtigen präventiven Ansatz (auch in der Pflege) für den Erhalt von Gesundheit und eines selbstständig geführten Lebens in den hohen Lebensjahren – aber, wie die Aufarbeitung der Folgen der Corona-Pandemie zeigt, auch in jungen Lebensjahren.

Soziale Isolierung beschreibt keine oder nur wenige soziale Kontakte; Einsamkeit setzt voraus, dass sich Betroffene selbst ausgeschlossen fühlen. So können Menschen isoliert sein, ohne sich einsam zu fühlen oder auch viele soziale Kontakte haben und sich dennoch alleine fühlen. Mit sozialer Isolation und Einsamkeit werden eine Vielzahl von psychischen

sowie physischen Risiken für die Gesundheit verbunden. Meta-Studien haben nachgewiesen, dass soziale Isolierung mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko einhergeht und unter anderem Schlaganfälle und koronare Herzkrankheiten begünstigen kann. Dabei stellt soziale Isolierung ein höheres Sterberisiko als Übergewicht und Bluthochdruck dar. Die Hauptmechanismen für den Effekt von Einsamkeit auf die Gesundheit entstehen über das allgemeine Gesundheitsverhalten. So bewegen sich einsame Menschen weniger, ernähren sich schlechter, trinken mehr Alkohol und Rauchen häufiger im Vergleich zu nicht einsamen Personen. Diese Verhaltensweisen münden nicht selten in gestörten Schlaf, biologischen Dysregulationen sowie einer negativen sozialen Wahrnehmung (Holt-Lunstad und Smith 2016). Die Hamburger Langzeit-Kohortenstudie LUCAS kontrollierte die Wirkungen einer Intervention zum Thema „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“. Die Komponenten des Programms bestanden aus Informationen zu den Themen Bewegung, Ernährung, soziale Teilhabe und gesundes Altern. Es ging um die Stärkung der sozialen Kompetenz und um Empowerment durch Arbeit in Kleingruppen. Zu den Ergebnissen der Interventionsstudie gehört die Erkenntnis, dass Teilnehmende des Programms während des Beobachtungszeitraums 2000 bis 2020 signifikant länger überlebten und auch länger ohne Pflegebedürftigkeit lebten als Personen, die nicht am Programm teilnahmen (Dapp et al. 2023). Ein sozial eingebundenes Leben entscheidet mit darüber, ob Menschen im hohen Alter gesund bleiben und gesundheitliche Beeinträchtigungen bewältigen können.

Soziale Aktivitäten und soziale Bindungen könnten im höheren Lebensalter auch ein Baustein sein, um Demenz vorzubeugen (Whitehall-II-Studie): Befunde zeigen, dass eine Person, die im Alter von 60 Jahren fast täglich Freunde sah, 12 % weniger wahrscheinlich an Demenz erkrankte als jemand, der nur alle paar Monate einen Freund sah (Sommerlad et al. 2019). Laut Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (Schmitz und Westphal 2021) ent-

spricht der Effekt des Ruhestands auf das Gedächtnisvermögen etwa der altersbedingten Verschlechterung, die sich zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr einstellt. Oder anders ausgedrückt: Der normale kognitive Abbau, den Menschen innerhalb von zehn Jahren erfahren, verdoppelt sich durch die Verrentung noch einmal.

Eine **gesunde Ernährung** – um ein letztes Beispiel zu nennen – trägt in jedem Lebensalter, aber gerade in den hohen Lebensjahren zu Wohlbefinden und dem Erhalt der Gesundheit bei. So ist eine wichtige Zielsetzung von Prävention in der Pflege die Förderung eines angemessenen Ernährungsverhaltens, verbunden mit der Anpassung der Energiezufuhr an den veränderten Bedarf, eine eiweiß-, vitamin- und ballaststoffreiche Nahrungszusammensetzung, eine vielseitige Lebensmittelzusammensetzung, eine Verteilung der Nahrungsaufnahme auf mehrere Mahlzeiten am Tag und eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr. Eine Studie des Deutschen Instituts für Ernährung aus dem Jahr 2023 zeigt, dass Sport und gezielte Ernährung auch im höheren Alter wichtig sind und mit präventiven Effekten für die Gesundheit im Alter einhergehen. Untersucht wurde an 60 Probanden zwischen 65 und 85 Jahren, welchen Einfluss eine protein- und omega-3-reiche Ernährung in Kombination mit regelmäßiger körperlicher Aktivität auf die Muskelleistung und das Entzündungsaltern hatte. Die Befunde zeigen – insbesondere bei den Männern – eine Verbesserung der Muskelleistung und eine Reduzierung von Entzündungswerten innerhalb der achtwöchigen Intervention (Haß et al. 2023).

Bekannt sind die Folgen von Übergewicht im Alter als Vorstufe zu Adipositas. Diese ist mit zahlreichen negativen gesundheitlichen Folgen assoziiert, wie z. B. Störungen des Glukosestoffwechsels, Bluthochdruck, kardiovaskulären Erkrankungen, erhöhtem Risiko bestimmter Krebserkrankungen und einem erhöhten Mortalitätsrisiko. Hingegen scheint ein leichtes Übergewicht im Alter eher unproblematisch zu sein, da sich die Befunde häufen, denen zufolge leicht übergewichtige Ältere im

Vergleich zu Normalgewichtigen ein anscheinend geringeres Mortalitätsrisiko haben und im Falle des Auftretens von Krankheitsepisoden diese besser bewältigen. Bekannt ist aber auch, dass gerade für sehr alte Menschen und pflegebedürftige Personen eine Gefahr der Mangelernährung besteht. Dies trifft geschätzt für ca. 15–24 % der selbstständig lebenden Älteren zu und führt zu erhöhter Morbidität, Mortalität und einer geringeren Lebensqualität (Volkert 2015).

Auf Gefahren einer Unter- oder Mangelernährung verweisen neuere Studien, die sich mit präventiven Wirkungen der Ernährung auf kognitive Erkrankungen wie Demenz befassen. Einerseits beeinflusste eine kalorienarme Ernährung die Gesundheit des Hirns positiv und könnte – vor allem, wenn diese im mittleren Alter implementiert wird – präventiv bei Demenz wirken. Andererseits zeigte sich die Gefahr einer Mangelernährung im hohen Alter (Souza Matos et al. 2021). Auch weitere Studien stützen den Kontext von Ernährung und Prävention dementieller Erkrankungen. Ein höherer Konsum von Lebensmitteln, die einer mediterranen Diät entsprechen, ist mit besseren kognitiven Fähigkeiten im Alter assoziiert. Eine hohe Adhärenz zu einer solchen Diät ist außerdem mit Prävention von Demenz assoziiert, allerdings zeigt sich hier eine geringere Evidenz (Brink et al. 2019).

Nicht zuletzt könnten in den kommenden Jahren zunehmend auch extreme Wetter- und Umweltveränderungen Teilhabe von Menschen im Alter einschränken und bestehende Gesundheitsprobleme verstärken oder neue verursachen. Beobachtet werden schon heute Herz-Kreislauf-Probleme, aber auch Mangelernährung und letztendlich eine höhere Inanspruchnahme von notfallmedizinischen Diensten. Die Belastungen und Einschränkungen durch Hitze werden von Betroffenen wahrgenommen als z. B. Trägheit und Abgeschlagenheit, Schlaf- und Konzentrationsprobleme sowie Schwindel und Kopfschmerzen. Am stärksten gefährdet sind gebrechliche Menschen, wenn sie allein leben, ambulant betreut werden und kognitiv eingeschränkt sind (Be-

cker et al. 2019). Auch solche Veränderungen unserer klimatischen Umwelt müssen bei den Überlegungen zur Prävention in der Pflege zukünftig Beachtung finden.

## 7.5 Prävention in der Pflege gestalten – das Fazit

Der Erhalt der Selbstständigkeit bis ins hohe Alter und die Verminderung von Pflegebedürftigkeit ist von den Verhältnissen der klimatischen, sozialen oder gesundheitspolitischen Umwelt ebenso abhängig wie von lebenslangen Verhaltensweisen alt gewordener Menschen und den Lebensereignissen, die im Verlauf des Lebens bewältigt werden müssen. Anhand empirischer Befunde wurde im Beitrag gezeigt, dass spezifische Maßnahmen der Prävention u. a. in den Bereichen körperliche und geistige Aktivität, soziale Teilhabe oder Ernährung auch in den hohen Lebensjahren die Entwicklung der Gesundheit beeinflussen und die Selbstständigkeit fördern – auch dann, wenn alte Menschen bereits von körperlichen und geistigen Einschränkungen betroffen sind.

Prävention in der Pflege zu gestalten setzt voraus, dass die Möglichkeit der Verringerung des Pflegerisikos in einer Gesellschaft des langen Lebens endlich zu einem gewichtigen Thema gemacht wird und langfristig die Senkung der Pflegequoten nach den geltenden Kriterien der Pflegeversicherung ein wichtiges Ziel für die Messung der Qualität der Gesundheits- und Pflegeversorgung wird, so wie heute die Zahl der „gesunden Lebensjahre“ oder die „Lebenserwartung“. Das bedeutet Maßnahmen umzusetzen, die geeignet sind, die Phase der selbstständigen Lebensführung zu verlängern. Hierbei können im Rahmen einer Prävention in der Pflege genannt werden: konsequente altersgerechte und die klimatischen Verhältnisse berücksichtigende Wohnraumanpassungen, körperliches und geistiges Training zum Erhalt der Mobilität und Orientierungsfähigkeit im Alltag, Teilhabeermöglichung sowie Partizipation am technischen Fortschritt. Darüber hinaus gilt es durch präventive Pflege Verläufe

einer schweren Pflegebedürftigkeit zu reduzieren, indem die personalen und Umweltressourcen gestärkt werden.

Für die pflegewissenschaftliche Forschung heißt Prävention in der Pflege, die Analysen zu den lebenslangen Prozessen, die zu Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit führen, weiter zu intensivieren, Schutz- und Risikofaktoren auf Ebene einer Präzisionsprävention zu befunden und Instrumente zu entwickeln, die das Pflegerisiko von Personen (mit Hilfe von Künstlicher Intelligenz/KI) frühzeitig zu identifizieren helfen. So kann ermöglicht werden, den Erhalt der Selbstständigkeit mit den geeigneten und personell abgestimmten Maßnahmen rechtzeitig zu beeinflussen.

Für das Gesundheits- und Pflegesystem und seine Weiterentwicklung bedeutet Prävention in der Pflege, dass (Sekundär-)Prävention und Rehabilitation zu starken Komponenten des Systems werden; ihren Interventionen müssen kostendeckende Honorierungen folgen. Heute ist das System nahezu exklusiv auf die Versorgung von Defiziten bei pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet. Benötigt wird ein Paradigmenwechsel hin zur Stärkung der vorhandenen physischen, psychischen und sozialen Ressourcen altwerdender Menschen – auch bei bereits eingeschränkter Gesundheit oder Pflegebedürftigkeit.

Neue pflegerische Versorgungsformen sollten neben primärpräventiven Ansätzen auch sekundärpräventiv zu dem Zeitpunkt ansetzen, wenn eine Pflegebedürftigkeit droht. Das Beraten zu Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation gehört schon heute zu den Aufgaben Medizinischer Dienste und Primärprävention zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen. Die Förderung von Gesundheit und die Prävention von Krankheit gehören zudem zum Kern beruflicher Pflege (International Council of Nurses 2021) und werden im Pflegeberufegesetz explizit genannt (§ 5 PflBG 2023). Darüber hinaus haben bereits mehrere Projekte (u. a. präventiver Hausbesuch, Lotsen im Gesundheitssystem, interprofessionelle Arbeitsteilung in der Demenzversorgung) gezeigt, dass präventive Ansätze Effekte auf

die Lebensqualität vulnerabler Gruppen erzielen können. Diese führten jedoch bislang weder zu einer flächendeckenden Versorgung mit präventivem Ansatz noch zu einer wirklichen Nachhaltigkeit der Ansätze und Erfolge. Neue pflegerische Versorgungsformen und -strukturen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit müssen dieses Potenzial beinhalten. Solche Ansätze sollten Menschen in einer vulnerablen Gesundheitslage nicht nur beraten, sondern selbst intervenieren, mit weiteren Versorgern und Anbietern vernetzen und aus einer ganzheitlichen Perspektive individuell angepasst begleiten. Versorgungsangebote einer Prävention in der Pflege (Prevention Nursing) sollten zudem an unterschiedlichen Stellen des Gesundheitssystems andocken können, z. B. durch Erweiterung der Aufgaben der Krankenkassen auch im Sekundär- und Tertiärpräventionsbereich oder durch Aufgabenerweiterungen des Medizinischen Dienstes, der flächendeckend agiert. Denkbar wäre auch, Prevention Nurses an Pflegestützpunkte, Ärztehäuser, geriatrischen Einrichtungen anzusiedeln oder Prävention in der Pflege als Aufgabe der Community Health Nurses zu etablieren (DBfK et al. 2024).

## Literatur

- Bao J, Chua KC, Prina M, Prince M (2019) Multimorbidity and care dependence in older adults: a longitudinal analysis of findings from the 10/66 study. *BMC Public Health* 19:585
- Bartels C, Abdel-Hamid M (2024) Kann eine Versorgung mit Hörgeräten das Risiko verringern, eine Demenz zu entwickeln? *Alzheimer Info* 1/2024:7–8
- Becker C, Herrmann A, Haefeli WE, Rapp K, Lindemann U (2019) Neue Wege zur Prävention gesundheitlicher Risiken und der Übersterblichkeit von älteren Menschen bei extremer Hitze. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 62:565–570
- BIBB – Bundesinstitut für Berufsbildung (2019) Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2019. Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung. Barbara Budrich, Bonn
- Blüher S, Schnitzer S, Kuhlmeiy A (2017) Der Zustand Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter. In: Jacobs K, Kuhlmeiy A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2017* – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Schattauer, Stuttgart, S 3–11
- Blüher S, Stein T, Schnitzer S, Schilling R, Grittner U, Kuhlmeiy A (2021) Care dependency factors-analyses of assessment data from the medical service of German statutory health insurance providers. *Dtsch Ärztebl Int* 118(33–34):563–564
- van den Brink AC, Brouwer-Brolsma EM, Berendsen AAM, van de Rest O (2019) The mediterranean, dietary approaches to stop hypertension (DASH), and mediterranean-DASH intervention for neurodegenerative delay (MIND) diets are associated with less cognitive decline and a lower risk of alzheimer's disease – A review. *Adv Nutr* 10:1040–1065
- Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW (2009) Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 374(9696):1196–1208
- Dapp U, Minder CE, Neumann L, Golgert S, Vinyard D, Thiem U, von Renteln-Kruse W (2023) Prävention im Alter: Lohnt sich das noch? In: Bröckerhoff P, Kaspar R, Hansen S, Woopen C (Hrsg) *Normenwandel in der alternden Gesellschaft*. Springer, Berlin Heidelberg, S 37–52
- DBfK, vdää\*, VdPP (2024) Gemeinsame Stellungnahme zum Referentenentwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG). 11. Juni 2024. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Verein demokratischer Ärzt\*innen (vdää\*) Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) [https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Gemeinsame-Stellungnahme-GVSG-neue-Fassung-\\_vdaae\\_vdpp\\_DBfK-05-05-2024.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Gemeinsame-Stellungnahme-GVSG-neue-Fassung-_vdaae_vdpp_DBfK-05-05-2024.pdf). Zugriffen: 11. Juni 2024
- Dräger D, Budnick A, Kreutz R (2020) Schmerzmanagement bei älteren Pflegebedürftigen in der ambulanten Versorgung. *Dtsch Medizinische Wochenschrift* 145:1748–1753
- Haß U, Heider S, Kochlik B, Herpich C, Pivovarov-Ramich O, Norman K (2023) Effects of exercise and omega-3-supplemented, high-protein diet on inflammatory markers in serum, on gene expression levels in PBMC, and after ex vivo whole-blood LPS stimulation in old adults. *Int J Mol Sci* 24:928
- Holt-Lunstad J, Smith TB (2016) Loneliness and social isolation as risk factors for CVD: implications for evidence-based patient care and scientific inquiry. *Heart* 102:987–989
- International Council of Nurses (2021) The ICN code of ethics for nurses. International Council of Nurses, Geneva
- Jacobs K, Kuhlmeiy A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (2022) *Pflege-Report 2022*. Springer, Berlin Heidelberg
- Kuhlmeiy A, Budnick A (2024) Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In: Hurrelmann K, Richter M, Stock St (Hrsg) *Referenzwerk Prävention*

- und Gesundheitsförderung. Hogrefe, Berlin Bern (im Druck)
- Leiske M, Lahmann N, Lindena G, Centmayer R, Suhr R (2015) Schmerz bei Patienten in der ambulanten Pflege. *Schmerz* 29:431–439
- Lisko I, Kulmala J, Annetorp M, Ngandu T, Mangialasche F, Kivipelto M (2021) How can dementia and disability be prevented in older adults: where are we today and where are we going? *J Intern Med* 289:807–830
- Ožic S, Vasiljev V, Ivkovic V, Bilajac L, Rukavina T (2020) Interventions aimed at loneliness and fall prevention reduce frailty in elderly urban population. *Medicine* 99(8):e19145
- Schmitz H, Westphal M (2021) The dynamic and heterogeneous effects of retirement on cognitive decline. *Ruhr Economic Papers* No 918. RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen
- Schnitzer S, Blüher S, Teti A, Schaeffner E, Ebert N, Martus P, Suhr R, Kuhlmei A (2020) Risk profiles for care dependency: cross-sectional findings of a population-based cohort study in Germany. *J Aging Health* 32:352–360
- Sommerlad A, Sabia S, Singh-Manoux A, Lewis G, Livingston G (2019) Association of social contact with dementia and cognition: 28-year follow-up of the Whitehall II cohort study. *PLoS Med* 16(8):e1002862
- Souza Matos M, Platt B, Delibegović M (2021) Effects of dietary restriction on metabolic and cognitive health. *Proc Nutr Soc* 80:126–138
- Stadelbacher S, Schneider W (2020) *Lebenswirklichkeiten des Alter(n)s*. Springer VS, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2023) *Pflegevorausberechnung – Deutschland und Bundesländer – Berichtszeitraum 2022 bis 2070*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. [https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FThemen%2FGesellschaft-Umwelt%2FBevoelkerung%2FBevoelkerungsvorausberechnung%2FPublikationen%2FDownloads-Vorausberechnung%2Fstatistischer-bericht-pflegevorausberechnung-5124209229005.xlsx%3F\\_\\_blob%3DpublicationFile&wdOrigin=BROWSELINK](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FThemen%2FGesellschaft-Umwelt%2FBevoelkerung%2FBevoelkerungsvorausberechnung%2FPublikationen%2FDownloads-Vorausberechnung%2Fstatistischer-bericht-pflegevorausberechnung-5124209229005.xlsx%3F__blob%3DpublicationFile&wdOrigin=BROWSELINK). Zugegriffen: 11. Juni 2024
- Tsai FJ, Shen SW (2022) Concepts of dementia prevention in the health promotion among older adults: a narrative review. *Medicine* 101:e32172
- Volkert D (2015) Ernährung im Alter. In: Kuhlmei A, von Renteln-Kruse WH (Hrsg) *Reihe Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie kompakt (PGGk)*. De Gruyter, Berlin Boston
- World Health Organization (2020) *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. *Br J Sports Med* 54:1451–1462

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



# Arbeitsbedingungen und Weiterentwicklung des Pflegeberufs

## Inhaltsverzeichnis

- Kapitel 8**     **Indikatoren guter Arbeitsplätze  
in der Pflege – 111**  
*Grit Braeseke*
- Kapitel 9**     **Pflege braucht Pflege: Wie Betriebliche  
Gesundheitsförderung dem Fachkräftemangel  
entgegenwirken kann – 127**  
*Thomas Lennefer, Michael Drupp, Werner Mall,  
Dirk Lehr und Antje Ducki*
- Kapitel 10**    **Weiterentwicklung des Pflegeberufs: Chancen und  
Risiken der Akademisierung der Pflege – 141**  
*Sandra Strube-Lahmann, Steffen Dißmann und  
Christine Vogler*
- Kapitel 11**    **Flächendeckend „tarifgerecht“? Befunde und  
Implikationen der Neuregelungen  
zur tarifgerechten Entlohnung – 159**  
*Julia Lenzen und Michaela Evans-Borchers*

**Kapitel 12**    **Zuwanderung und Anwerbung internationaler  
Pflegefachkräfte – 173**

*Lisa Pepler*

**Kapitel 13**    **Digitalisierung in der Pflege – 185**

*Nils Lahmann, Martin Hocquel-Hans und  
Sandra Strube-Lahmann*



# Indikatoren guter Arbeitsplätze in der Pflege

*Grit Braeseke*

## Inhaltsverzeichnis

- 8.1 Hintergrund und methodisches Vorgehen – 112**
- 8.2 Begriffliche Erläuterungen – 113**
  - 8.2.1 Begriffsbestimmung Arbeitgeberattraktivität – 113
  - 8.2.2 Einflussfaktoren der Arbeitgeberattraktivität – 115
- 8.3 Was kennzeichnet für Pflegekräfte ein gutes Arbeitsumfeld und wie kann es erreicht werden? – 121**
  - 8.3.1 Indikatoren guter Arbeitsbedingungen in der Pflege – 121
  - 8.3.2 Ergebnisse der praktischen Erprobung – 122
- 8.4 Schlussfolgerungen – 123**
- Literatur – 124**

## ■ Zusammenfassung

Angesichts zunehmender Engpässe auf dem Arbeitsmarkt für Pflegekräfte stellt sich die Frage, welche Maßnahmen Pflegeeinrichtungen ergreifen sollten, um auch im Vergleich zu anderen Branchen attraktive Arbeitsplätze anzubieten mit dem Ziel, Pflegekräfte zu motivieren, im Beruf zu bleiben und diesen auch bis zu Rente ausüben zu können. Im Beitrag werden zunächst die vielfältigen Einflussfaktoren von Arbeitgeberattraktivität erläutert. Anschließend werden die Indikatoren, die für Pflegekräfte bei der Beurteilung ihrer Arbeitsplätze besonders wichtig sind, vorgestellt. Es folgen eine kurze Darstellung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Erprobung der Indikatoren, die im Rahmen der „Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege und Ermittlung sowie modellhafte Implementierung von Indikatoren für gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege, Los 2“ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wurde.

*In view of increasing bottlenecks in the labour market for nursing staff, the question arises as to what measures care facilities should take in order to offer attractive jobs, also in comparison to other sectors, with the aim of motivating nursing staff to stay in the profession and to be able to do so until retirement. The article first explains the many factors influencing employer attractiveness. Subsequently, the indicators that are particularly important for nursing staff in assessing their jobs are described. Finally, the article presents results and conclusions of the testing of the indicators which was carried out as part of the “Study on the workplace situation in acute and long-term care and determination and model implementation of indicators for good working conditions in long-term care, Part 2” on behalf of the German Federal Ministry of Health.*

## 8.1 Hintergrund und methodisches Vorgehen

Angesichts von Engpässen auf dem Arbeitsmarkt, die sich künftig noch verstärken werden, wird der Erfolg von Unternehmen zunehmend auch davon abhängig sein, wie gut es ihnen gelingt, ihren Bedarf an qualifiziertem Personal zu decken. Insofern ist das Interesse am Thema „Attraktiver Arbeitgeber“ in den letzten Jahren gestiegen. Arbeitgeberattraktivität wirkt sich, wie in zahlreichen Studien nachgewiesen werden konnte, positiv auf die unternehmensstrategisch bedeutsamsten Bereiche aus: Unternehmensleistung, Return On Investment (ROI) und Innovationskraft. Das ist u. a. auf ein höheres Engagement der Beschäftigten und stärkere Mitarbeiterbindung in attraktiven Unternehmen zurückzuführen (u. a. Bruch et al. 2015, S. 13). Für Alten- und Pflegeheime in der Schweiz konnte gezeigt werden, dass niedrigere Fluktuationsraten und geringere Häufigkeiten von Fehlzeiten mit einer höheren Arbeitgeberattraktivität korrespondieren (CURAVIVA 2011, S. 13). Darüber hinaus gelingt es attraktiven Arbeitgebern in höherem Maße als anderen Unternehmen, Bewerberinnen und Bewerber anzuziehen (vgl. u. a. Hendriks 2016, S. 38 f.).

Es stellt sich daher erstens die Frage, was Arbeitgeberattraktivität kennzeichnet bzw. welche Faktoren sie beeinflussen. Zweitens gilt es herauszuarbeiten, welche Maßnahmen geeignet sind, die Attraktivität eines Unternehmens zu erhöhen (betriebliche Handlungsfelder und Erfolgsfaktoren).

Der vorliegende Beitrag fußt auf den Ergebnissen der „Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege und Ermittlung sowie modellhafte Implementierung von Indikatoren für gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege, Los 2“,<sup>1</sup> die im Auf-

1 Die Studie, Los 2: Entwicklung von Indikatoren zur Darstellung guter Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege, wurde unter Federführung des IGES Instituts gemeinsam mit den Partnern IAW Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V. und

trag des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) (BMG 2021) durchgeführt wurde.

Ziel der Arbeitsplatzstudie war es, geeignete Maßnahmen zu identifizieren, mit denen der Arbeitsplatz Pflege attraktiver gestaltet werden kann, um beruflich Pflegende zu gewinnen, im Beruf zu halten und solche, die aus der Pflege ausgeschieden sind, zurückzugewinnen. Im Rahmen von Los 2 wurde ermittelt, anhand welcher Kriterien sich gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege identifizieren lassen und welche Indikatoren zu deren Darstellung geeignet sind. Eine modellhafte Implementierung der Indikatoren in Pflegeeinrichtungen und eine begleitende Evaluation sollten Erkenntnisse zur Praktikabilität liefern.

Mittels systematischer Literaturrecherche wurde zunächst eruiert,

- wodurch sich attraktive Arbeitsbedingungen allgemein und in der Langzeitpflege im Besonderen auszeichnen,
- warum Pflegearbeitsplätze in der öffentlichen Wahrnehmung bisher nicht als attraktive Arbeitsplätze gelten und
- welche Faktoren zur Steigerung der Arbeitsplatzattraktivität auf betrieblicher Ebene beeinflussbar sind.

Die Bewertung der identifizierten Indikatoren guter Arbeitsbedingungen für beruflich Pflegende wurde bzgl. ihrer Eignung anhand einer strukturierten Expertenbefragung (Delphi-Verfahren) zu den Kriterien Relevanz, Beeinflussbarkeit, Fehlsteuerungsrisiko und Verständlichkeit vorgenommen. Die endgültige Auswahl der für die modellhafte Implementierung auszuwählenden Indikatoren erfolgte nach Abgleich mit den Ergebnissen der Datenanalysen aus Los 1.<sup>2</sup>

Karla Kämmer Beratung von Mai 2020 bis Oktober 2022 durchgeführt.

2 Los 1 der Studie mit dem Titel „Analyse, Befragungen und Maßnahmenempfehlungen zum Pflegearbeitsplatz der Zukunft“ wurde vom Konsortium IEGUS – Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH, WifOR GmbH, contec – Ge-

Im zweiten Schritt wurden die Indikatoren in 17 Pflegeeinrichtungen praktisch erprobt, um zu ermitteln,

- welche Indikatoren sowohl zur Darstellung guter Arbeitsbedingungen aus Sicht von (potenziellen) Beschäftigten als auch zur Motivation für Einrichtungen zur Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen geeignet sind,
- wie sich diese Indikatoren in der Praxis erfolgreich umsetzen lassen und
- ob die jeweils ergriffenen Maßnahmen förderlich für die Verbesserung der Attraktivität des Arbeitsplatzes Pflege sind.

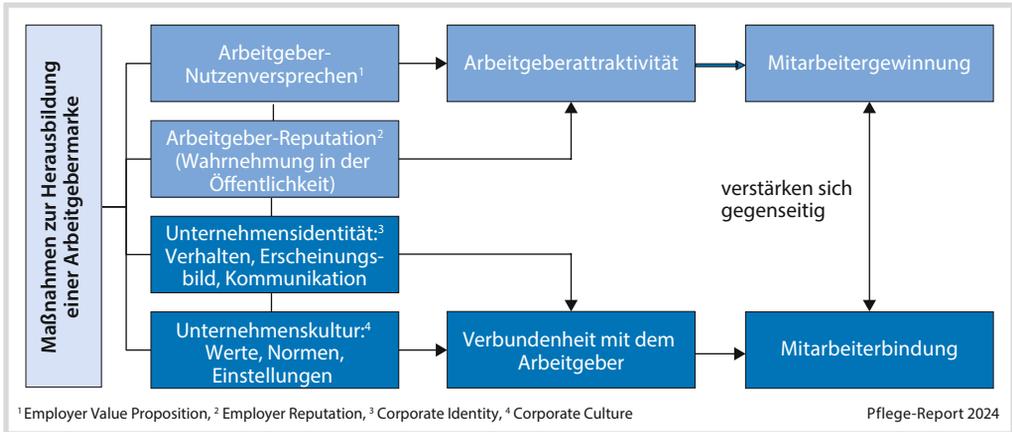
## 8.2 Begriffliche Erläuterungen

Kennzeichnend für viele Studien und Befragungen zur Arbeitszufriedenheit und Arbeitgeberattraktivität ist, dass Begriffe wie Arbeitsbedingungen, Unternehmenskultur oder Führungsstil genutzt werden, ohne sie genau zu erläutern. Daher wird in diesem Abschnitt zunächst der Begriff Arbeitgeberattraktivität definiert und seine Einflussfaktoren werden aufgezeigt.

### 8.2.1 Begriffsbestimmung Arbeitgeberattraktivität

Das Wort „Attraktivität“ ist abgeleitet vom lateinischen „attrahere“. Dessen Bedeutung ist „anziehen“ bzw. „eine Anziehungskraft ausüben“ oder auch „für sich gewinnen“ (PONS GmbH 2020). Als Arbeitgeber ist man in diesem Sinne attraktiv, wenn es gelingt, Personal anzuziehen und zu gewinnen. Langfristig gesehen reicht das jedoch nicht aus – neben der Gewinnung von Arbeitskräften muss es auch gelingen, das Personal zu halten bzw. zu binden. Diese zwei Seiten von Arbeitgeberattraktivität – Mitarbeitergewinnung und -bindung –

sellschaft für Organisationsentwicklung mbH und der Ruhr-Universität Bochum realisiert.



■ **Abb. 8.1** Komponenten einer Arbeitgebermarke. (Quelle: IGES auf Basis von Eger et al. 2019, S. 522)

sind grundlegend. Sie hängen eng miteinander zusammen und verstärken sich wechselseitig.

Berthon et al. (2005) sehen die Arbeitgeberattraktivität als Bestandteil des Markenwerts eines Unternehmens – je attraktiver ein Arbeitgeber in den Augen der Belegschaft und potenzieller Arbeitskräfte ist, desto stärker ist dessen Arbeitgebermarke (Employer Brand – eingeführt wurde der Begriff 1996 von Ambler und Barrow (1996)) (Berthon et al. 2005, S. 156). Im Zuge der Erkenntnis, dass der Unternehmenserfolg, insbesondere in wissens- und personalintensiven Bereichen, ebenso von gut qualifizierten Beschäftigten abhängt wie von erfolgreichen Produkten und Dienstleistungen, wurde das Unternehmensmarketing seit den 1980er Jahren auch auf die Zielgruppe der eigenen Beschäftigten ausgeweitet (internes Marketing). „Kunden“ sind dabei die Beschäftigten und das zu vermarktende „Produkt“ sind die Arbeitsplätze. Diese sollten so gestaltet sein, dass sie Arbeitskräfte anziehen, motivieren und ihre Fähigkeiten weiterentwickeln und dabei sowohl den Interessen und Bedürfnissen der Beschäftigten entsprechen als auch die Ziele des Unternehmens erreicht werden (ebd.; S. 152). Loyale Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sprechen positiv über ihren Arbeitgeber und tragen somit zu einer positiven Wahrnehmung für Außenstehende bei,

was wiederum die Arbeitgeberattraktivität fördert.

Eger et al. 2019 haben ein Modell der Komponenten einer Arbeitgebermarke entwickelt (vgl. ■ Abb. 8.1): Unternehmensidentität (engl. organisational oder corporate identity) und Unternehmenskultur bilden sich im Laufe der Zeit durch das Handeln aller beteiligten Personen (vom Management bis zur Hilfskraft) und die Interaktion mit der Umwelt (Wettbewerber, andere Organisationen, Gesellschaft) heraus. Sie haben entscheidenden Einfluss auf die Loyalität und die emotionale Verbundenheit der Beschäftigten gegenüber dem Arbeitgeber und letztlich auf deren Verbleib im Unternehmen (Mitarbeiterbindung). In der Wahrnehmung Außenstehender entwickelt sich auf Basis der spezifischen Unternehmensidentität und Unternehmenskultur die Reputation bzw. das Ansehen des Unternehmens in der Öffentlichkeit. Zusammen mit dem konkreten Nutzenversprechen (engl. employer value proposition (EVP)), das der Arbeitgeber im Rekrutierungsprozess potenziellen Beschäftigten gegenüber macht, beeinflusst diese Reputation die Attraktivität des Unternehmens als Arbeitgeber und somit die Anziehungskraft auf potenzielle Bewerberinnen und Bewerber (employee attraction).

Es gibt vielfältige Wechselwirkungen zwischen den Komponenten: Die erfolgreiche Mitarbeiterbindung ist die Basis bzw. die Voraussetzung für die Herausbildung einer nachhaltigen, hohen Reputation als Arbeitgeber – das Nutzenversprechen eines Arbeitgebers im Rekrutierungsprozess ist langfristig nur dann glaubhaft bzw. erfolgreich, wenn die dargestellten oder versprochenen Werte im Unternehmen auch tatsächlich eingelöst und gelebt sowie von bereits beschäftigtem Personal bestätigt werden (meist über Mundpropaganda und soziale Medien). Aber auch eine erfolgreiche Außenwahrnehmung hat einen positiven Rückkopplungseffekt auf die Arbeitgeberloyalität und die Mitarbeiterbindung: Wird in der Öffentlichkeit positiv über ein Unternehmen berichtet, fördert dies die emotionale Verbundenheit der Belegschaft mit dem eigenen Arbeitgeber. Daher ist es naheliegend, dass Faktoren, die den Verbleib, die Verbundenheit mit bzw. die Loyalität gegenüber dem Arbeitgeber positiv beeinflussen, gleichzeitig attraktiv für potenzielle Bewerberinnen und Bewerber sind.

Unternehmen mit einer starken Arbeitgebermarke gelingt es nicht nur besser als anderen, Personal zu rekrutieren und zu binden – sie haben potenziell auch niedrigere Kosten

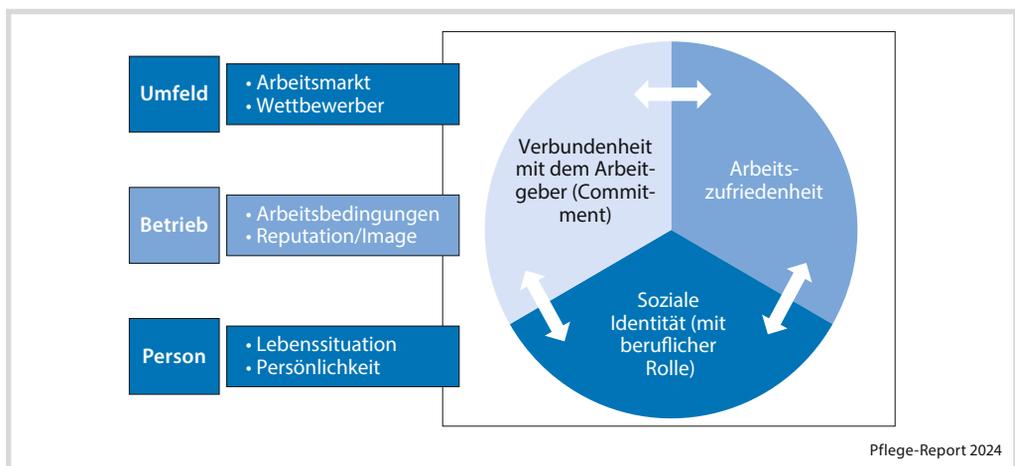
bei der Personalakquise, ein besseres Betriebsklima, eine geringere Fluktuation und können teilweise sogar vergleichbar qualifiziertem Personal eine niedrigere Entlohnung anbieten als Wettbewerber mit schwächeren Arbeitgebermarken.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass „Arbeitgeberattraktivität“ die primär auf die Personalrekrutierung ausgerichtete Seite des Konzepts Arbeitgebermarke abbildet. Da jedoch enge Wechselwirkungen mit den eher nach innen gerichteten Maßnahmen zur Herausbildung einer hohen Arbeitgeberloyalität bei der Belegschaft bestehen, sind auch die Einflussfaktoren auf Mitarbeiterbindung in den Blick zu nehmen.

## 8.2.2 Einflussfaktoren der Arbeitgeberattraktivität

### Mitarbeiterbindung

Das Ausmaß der Bindung an einen Arbeitgeber speist sich maßgeblich aus drei psychologischen Phänomenen (vgl. [Abb. 8.2](#), rechte Seite) – der Arbeitszufriedenheit, dem Ausmaß der sozialen Identifikation mit der beruflichen Rolle sowie der Stärke der Verbundenheit



■ **Abb. 8.2** Bestandteile (Kreisdiagramm) von und Einflussfaktoren (links) auf Mitarbeiterbindung. (Quelle: Darstellung IGES auf Basis von Kanning 2016, S. 193)

mit dem Arbeitgeber (Commitment). Beeinflusst wird die Mitarbeiterbindung von verschiedenen individuellen Faktoren einer Arbeitskraft, wie der Lebenssituation und den Persönlichkeitsmerkmalen. Darüber hinaus ist sie aber auch vom aktuellen Arbeitsmarktumfeld abhängig (z. B., ob es in der Branche eine hohe Arbeitslosigkeit oder einen Fachkräftemangel gibt) und nicht zuletzt von den konkreten Arbeitsbedingungen, mit denen eine Person im Arbeitsalltag konfrontiert ist. Aus Unternehmenssicht sind vor allem letztere aktiv gestalt- und veränderbar, sodass der Einfluss der Arbeitsbedingungen auf die Arbeitgeberattraktivität auch im Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen steht.

Die **Arbeitszufriedenheit** drückt eine grundlegende Einstellung einer Person gegenüber ihrer beruflichen Beschäftigung aus. Dabei kann zwischen einer allgemeinen Arbeitszufriedenheit und mehreren spezifischen Zufriedenheiten (mit dem Gehalt, den Arbeitsaufgaben, dem/der Vorgesetzten oder den Kolleginnen und Kollegen etc.) unterschieden werden (Kanning 2016, S. 193). Zufriedenheit resultiert aus einem Abgleich von Erwartungen an den Arbeitsplatz bzw. an die Arbeitsbedingungen (Soll-Wert) mit der beruflichen Realität (Ist-Wert): Je mehr die Realität mit den Erwartungen übereinstimmt, desto höher die Arbeitszufriedenheit.

In der Organisationspsychologie bezeichnet man die **Verbundenheit** zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern als Organisationales Commitment (OC). OC wird definiert als die „Kraft bzw. Stärke . . . , die zu einer relativ stabilen Selbstbindung des Mitarbeiters an seine Organisation führt und ein konsistentes Verhalten des Mitarbeiters zur Folge hat“ (Moser 1996, zitiert nach Brademann und Piorr 2018, S. 4 f.). Verbundenheit mit der Organisation ist ein wichtiger Indikator dahingehend, ob Beschäftigte im Unternehmen bleiben werden oder eher nicht. Ein hohes OC hängt positiv mit geringerer Fluktuation, höherer Arbeitszufriedenheit und besseren Arbeitsergebnissen zusammen (Zúñiga et al. 2013, S. 33).

Da Verbundenheit aus unterschiedlichen Konstellationen heraus entsteht, werden drei Arten unterschieden:

- normatives Commitment,
- kalkulatorisches Commitment und
- affektives Commitment.

Normatives Commitment entwickelt sich aus einer Art Pflichtgefühl gegenüber dem Arbeitgeber, wenn man beispielsweise wertschätzend behandelt wird und deshalb meint, etwas zurückgeben zu müssen bzw. schuldig zu sein. Beim kalkulatorischen Commitment steht eine Kosten-Nutzen-Abwägung im Vordergrund: Man verbleibt im Unternehmen, wenn es nützlicher oder kostengünstiger ist als zu gehen. Im Gegensatz dazu entsteht ein affektives bzw. emotionales Commitment durch die Kongruenz der Erwartungen, Ziele und Werte der Organisation und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die emotionale Verbundenheit ist die stärkste Form der Mitarbeiterbindung (Brademann und Piorr 2018, S. 6 f.).

Abzugrenzen ist OC vom Begriff der Arbeitszufriedenheit: Letztere ist eine relativ situationsabhängige Einstellung gegenüber der Qualität der eigenen Arbeitstätigkeit und damit zeitlich weniger stabil als die Selbstbindung an ein Unternehmen (OC). Arbeitszufriedenheit wird eher von inhaltlichen Aspekten der Arbeit bestimmt, während OC stärker von der Organisations- bzw. Unternehmenskultur beeinflusst wird (ebd., S. 5), stärker die förderlichen Verhaltensweisen der Beschäftigten forciert und auch besser vom Management gesteuert werden kann (Westphal 2011, S. VI). Eine temporär niedrige Arbeitszufriedenheit muss sich nicht zwingend negativ auf die emotionale Verbundenheit mit dem Arbeitgeber auswirken.

■ Tab. 8.1 enthält die wichtigsten Einflussfaktoren, die einen sehr starken bzw. mittelstarken Einfluss auf das affektive Commitment haben.

Bei den personenbezogenen Faktoren ist zu berücksichtigen, dass das Ausmaß der Wir-

■ **Tab. 8.1** Faktoren mit hohem Einfluss auf affektives Commitment. (Quelle: IGES auf Basis von Westphal 2011, S. 88.)

Personenbezogen	Arbeitsplatzbezogen	Organisationsbezogen
<b>Positiver Einfluss</b>		
Zufriedenheit mit dem Management	Transformationaler Führungsstil (Charisma, Consideration, Support)	Unterstützende Personalpolitik, Entwicklungsangebote
Kommunikationsbeziehung zum Vorgesetzten	Kontakt zum oberen Management	Partizipation
Persönliche Kompetenz	Situationskontrolle, wenn diese generell gefährdet ist (z. B. bei Arbeitsplatzabbau)	Formen der Gerechtigkeit (interpersonelle, prozedurale, distributive)
Christliche Arbeitsethik	Arbeitsumfang	Innovation
Berufliche Identität und Involvement	Kommunikation (akkurat und zeitnah)	Humanistische u. visionäre Kultur
Vertrauen in das System		Positives Diversity-Klima
Zufriedenheit mit Karriereperspektiven		Familienfreundliche Unternehmenspolitik
Kollektivistische Einstellung		Image des Unternehmens
		Zusammenarbeit mit der Gewerkschaft
<b>Negativer Einfluss</b>		
Anzahl Überstunden	Rollenmehrdeutigkeit, -konflikt	Unerfüllte/gebrochene Versprechen
Work-Life-Konflikt	Distanter Führungsstil (Laissez-faire, Management by Exception)	Unternehmerische Kultur
Pflege-Report 2024		

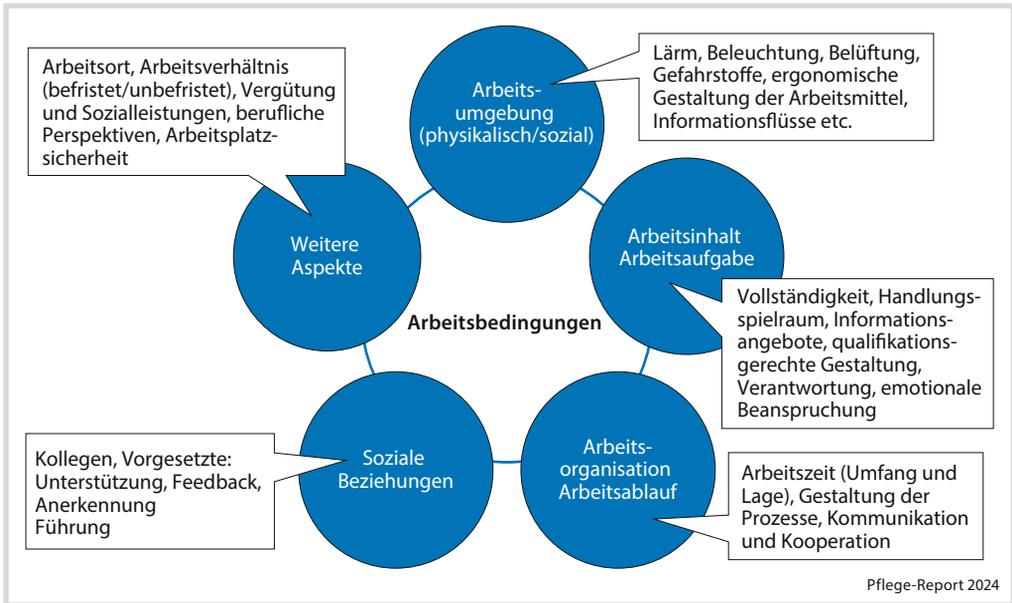
kung maßgeblich von den Persönlichkeitsmerkmalen, individuellen Erfahrungen und der konkreten Lebenssituation der Person abhängt.

Arbeitsplatz- und organisationsbezogene Faktoren bilden zusammen die Arbeitsbedingungen. Unter **Arbeitsbedingungen** sind Sachverhalte zu verstehen, die im technologischen bzw. Arbeitsprozess auftreten und die Arbeitstätigkeit und/oder das Arbeitsergebnis beeinflussen (Hacker 1998, S. 88). Sie haben Folgen und Konsequenzen, die sich auf die arbeitenden Menschen, ihr Verhalten und damit auch auf ihre Leistungsfähigkeit sowie auf ihre Arbeitsergebnisse auswirken.

Für die Mitarbeiterbindung (und -gewinnung) sind seitens der Einrichtungen vor al-

lem die arbeitsplatzbezogenen Faktoren in den Blick zu nehmen (vgl. Eurofound 2017, S. 36): Der spezifische Arbeitsplatz ist Gegenstand des Vertrages zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber, er definiert die konkreten Arbeitsaufgaben und ist maßgeblich für die praktischen Arbeitserfahrungen einer Person. Darüber hinaus nehmen Politik und Sozialpartner Einfluss auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen (Arbeitsrecht). ■ Abb. 8.3 gibt einen Überblick über die arbeitsplatzbezogenen Arbeitsbedingungen.

Ergänzend zu den Merkmalen des spezifischen Arbeitsplatzes beeinflussen weitere Faktoren auf der **Unternehmensebene**, ob sich eine Verbundenheit mit dem Arbeitgeber her-



■ **Abb. 8.3** Faktoren der arbeitsplatzbezogenen Arbeitsbedingungen. (Quelle: IGES)

ausbildet. Diese Faktoren manifestieren sich in der Unternehmenskultur und Unternehmensidentität.

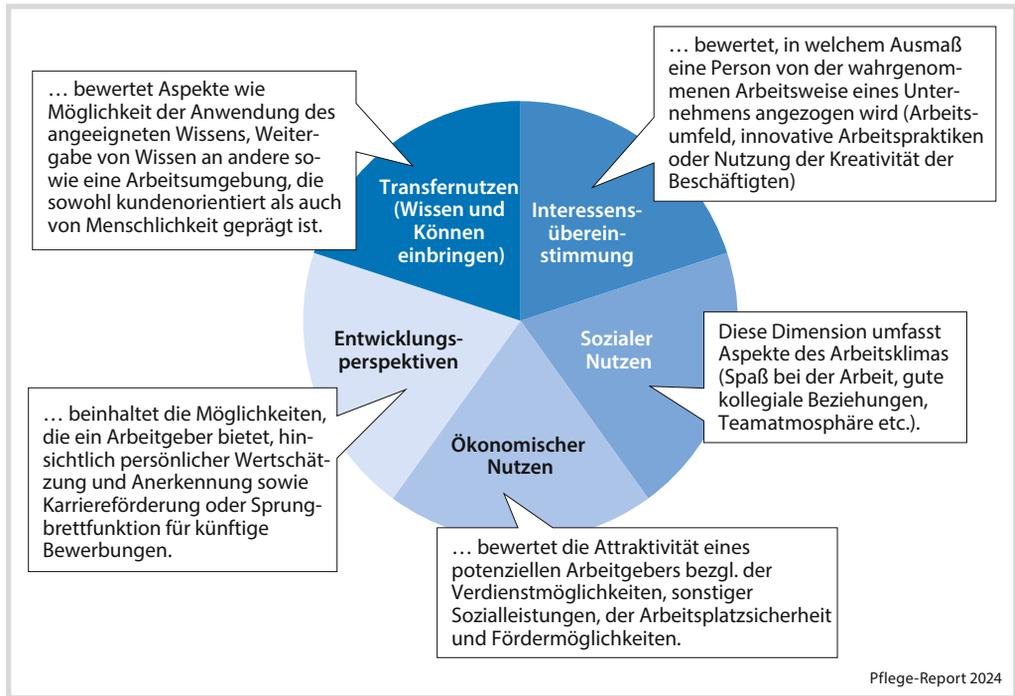
Als **Unternehmensidentität** (engl. Corporate Identity, CI) bezeichnet man die zentralen Eigenschaften, die einer Organisation von ihren Mitgliedern kollektiv zugesprochen werden (Selbstbild). Dabei handelt es sich um essentielle, charakteristische, d. h. von anderen Organisationen unterscheidbare und beständige Merkmale des Unternehmens (vgl. Albert und Whetten 1985). Die Unternehmensidentität äußert sich in der Unternehmensphilosophie, der internen und externen Kommunikation und im (visuellen) Erscheinungsbild.

Eng verbunden mit der Identität ist die **Unternehmenskultur**. Sie wird definiert „als ein wandlungsfähiges System von Grundannahmen, das sich in Werten, Normen und Symbolen konkretisiert. Alle Erscheinungsformen von Unternehmenskultur werden in längeren Zeiträumen entwickelt, durch Kulturträger weitergetragen und führen zu einer unternehmenstypischen Gestaltung von Verhaltensmustern.“ (Fiedler 1998, S. 49).

Wichtige Strukturmerkmale, die die Unternehmenskultur prägen, leiten sich aus allgemeinen Unternehmenscharakteristiken ab, wie beispielsweise

- Unternehmensgröße,
- Diversifikationsbreite (Anzahl unterschiedlicher Produkte und Dienstleistungen bzw. Teilmärkte),
- Unternehmensorganisation (zentral/dezentral, Hierarchieebenen),
- Formalisierungsgrad und
- Planungsprozess (Akteure, Gremien, Fristigkeiten, Vorgehen).

In der Regel wird die Unternehmenskultur sowohl durch Selbstorganisation aller Beteiligten geprägt als auch durch gezielte Gestaltungsmaßnahmen des Managements und der Führungskräfte. Zu den direkten Einflussfaktoren gehören neben den bereits genannten Strukturmerkmalen u. a. die eingesetzten Führungsinstrumente und die strategische Ausrichtung des Unternehmens. Indirekt beeinflussbar ist die Unternehmenskultur durch Verhaltensstandards, Kommunikationsstrategien und symbo-



■ **Abb. 8.4** Nutzendimensionen aus Sicht potenzieller Bewerberinnen und Bewerber. (Quelle: IGES auf Basis von Berthon et al. 2005, S. 159 ff.)

liche Handlungen. Und schließlich können auch äußere Faktoren die Kultur eines Unternehmens verändern, wie beispielsweise das Verhalten von Wettbewerbern, gesellschaftliche Veränderungen oder der Ein- und Austritt von Kulturträgern (Fiedler 1998, S. 50 f.).

Unternehmensidentität und -kultur bestimmen maßgeblich das Fremdbild (Unternehmensimage), das Außenstehende vom Unternehmen haben, welches wiederum Einfluss auf die Reputation des Unternehmens, d. h. das auf Erfahrungen gestützte Ansehen, hat. Da sie ein Ergebnis langfristiger Entwicklungen sind, sind sie auch nur auf längere Sicht veränderbar.

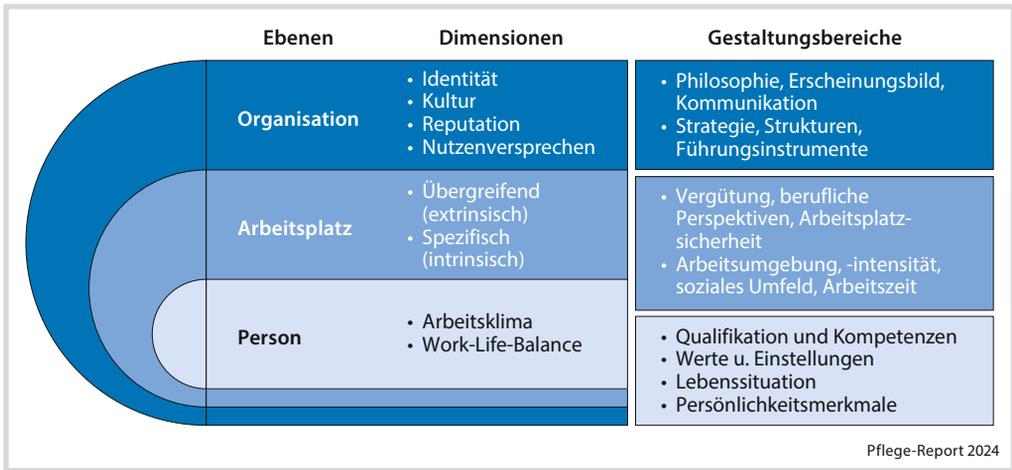
Abzugrenzen vom Kulturbegriff ist der Begriff des „Klimas“ (Betriebs- oder Arbeitsklima). Dahinter steht „ein eher psychologisch orientiertes Konzept“ (Fiedler 1998, S. 46). Das Arbeits-/Betriebsklima ist die **subjektiv** erlebte und wahrgenommene längerfristige

Qualität des Zusammenwirkens, der Zusammenarbeit der Beschäftigten eines Unternehmens.

### Mitarbeitergewinnung

Mit Blick auf den Rekrutierungsprozess und die Zielgruppe zukünftiger Arbeitskräfte lassen sich psychologische, wirtschaftliche und funktionale Aspekte unterscheiden, die Außenstehende bei der Wahl eines Arbeitsplatzes in Erwägung ziehen (Ambler und Barrow 1996). Berthon et al. (2005, S. 159 ff.) erweiterten das Konzept auf fünf Nutzendimensionen (siehe ■ Abb. 8.4).

In den fünf Nutzendimensionen spiegeln sich sowohl organisationale Faktoren als auch arbeitsplatzbezogene und personale Aspekte wider. Die arbeitsplatzbezogenen Einflussfaktoren sind für potenzielle Bewerberinnen und Bewerber dieselben wie für bereits im Unternehmen beschäftigte Personen. Auf orga-



▣ **Abb. 8.5** Ebenen und Dimensionen von Arbeitgeberattraktivität sowie wesentliche Gestaltungsbereiche. (Quelle: IGES)

nisationaler Ebene spielen das Arbeitgeber-Nutzenversprechen (employer value proposition, EVP) und die Unternehmensreputation eine weitere Rolle.

Das **Arbeitgeber-Nutzenversprechen** schließt sämtliche kulturellen Aspekte ein, mit denen eine zu besetzende Stelle vom Unternehmen beschrieben wird: Welche Vorzüge bietet die Arbeit im Unternehmen, was kennzeichnet die Arbeitsweise, Zusammenarbeit und Kommunikation, welche ethischen Maßstäbe werden angelegt, welchen Stellenwert hat Weiterbildung etc.

Die **Unternehmensreputation** oder auch der Ruf eines Unternehmens als wichtiger Einflussfaktor für Arbeitgeberattraktivität in der Außenperspektive entsteht infolge der Wahrnehmung und Bewertung einer Organisation in der Öffentlichkeit. Sie ist definiert als eine Reihe von Eigenschaften, die einem Unternehmen auf Grundlage seiner Aktivitäten in der Vergangenheit sozial konstruiert zugeschrieben werden. Die Reputation beschränkt sich definitionsgemäß nicht auf die Qualitäten eines Unternehmens als Arbeitgeber. Im Vordergrund einer allgemeinen Begriffsdefinition stehen eher das gesellschaftliche Ansehen allgemein aufgrund der Produkte bzw. Dienst-

leistungen, die angeboten werden, der Wettbewerbsfähigkeit, der Unternehmensphilosophie (mit Blick auf Nachhaltigkeit, Umweltgerechtigkeit oder Diversity) oder des gesellschaftlichen Engagements (zu verschiedenen Definitionen von Unternehmensreputation vgl. Hendriks 2016, S. 23 f.).

## Zusammenfassung

Wie aus den vorangegangenen Abschnitten hervorgeht, ist Arbeitgeberattraktivität von vielen Faktoren abhängig, die sich darüber hinaus wechselseitig beeinflussen. Wichtig ist die Erkenntnis, dass sich nicht alle Faktoren vom Unternehmen beeinflussen lassen: Jeder Betrieb ist Teil einer Branche und unterliegt den spezifischen gesetzlichen und wettbewerblichen Rahmenbedingungen. Das Gesundheits- und Sozialwesen ist in besonders hohem Maße durch gesetzliche Regulierung und administrierte Preise gekennzeichnet, was den Handlungsspielraum der Arbeitgeber im Vergleich zu anderen Branchen einschränkt.

Auf der anderen Seite spielen auch persönliche Lebensumstände, Werte und Einstellungen potenzieller Beschäftigter eine Rolle bei der (subjektiven) Bewertung der Arbeitgeberattraktivität, die von Arbeitgebern nur in be-

grenztem Maße berücksichtigt werden können (vgl. ■ Abb. 8.5). Oder anders ausgedrückt: Arbeitgeber müssen bei der Auswahl ihres Personals darauf achten, dass möglichst solche Personen eingestellt werden, die die fachlichen Anforderungen an die zu besetzende Stelle erfüllen und deren Einstellungen und Werte zum Unternehmen passen. Denn das stellt – neben weiteren Aspekten – eine Grundvoraussetzung für das Entstehen von Arbeitszufriedenheit und schließlich Mitarbeiterbindung dar.

### 8.3 Was kennzeichnet für Pflegekräfte ein gutes Arbeitsumfeld und wie kann es erreicht werden?

#### 8.3.1 Indikatoren guter Arbeitsbedingungen in der Pflege

Konkrete Anhaltspunkte, welche Aspekte den beruflich Pflegenden bei der Bewertung ihres Arbeitsplatzes besonders wichtig sind, können den in ■ Abb. 8.6 dargestellten 18 Indikatoren

entnommen werden. Diese basieren auf Erkenntnissen aus nationalen und internationalen wissenschaftlichen Studien zur Zielgruppe Pflege mit verschiedenen Qualifikationsniveaus und in verschiedenen beruflichen Settings.

Der Detaillierungsgrad der Indikatoren ist sehr unterschiedlich – z. B. lassen sich unter dem „Führungsstil“ viele verschiedene Eigenschaften von Führung subsumieren, die „Wertschätzung durch Vorgesetzte“ beschreibt einen konkreten Aspekt des Führungsstils. Ebenso stellen „Konflikte am Arbeitsplatz“ und „Wertschätzung durch Kolleginnen und Kollegen“ Teilaspekte des Indikators „Arbeitsklima“ dar. Ursache dafür ist, dass in Studien, Befragungen und Unternehmensbewertungen häufig Oberbegriffe wie „(gutes) Arbeitsklima“ verwendet werden, ohne zu spezifizieren, was im Detail darunter zu subsumieren ist bzw. was für beruflich Pflegende ein gutes Arbeitsklima konkret ausmacht.

Auf eine Clustering der Indikatoren wurde bewusst verzichtet, um Fehlinterpretationen zu vermeiden: Von dem in mehreren Studien nachgewiesenen positiven Zusammenhang zwischen „Wertschätzung durch Vorgesetz-



■ **Abb. 8.6** 18 Indikatoren zur Bewertung des Arbeitsumfelds in der Pflege. (Quelle: IGES)

te“ und Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften kann nicht abgeleitet werden, dass in Studien, wo allgemein von „Führungsstil“ gesprochen wurde, von den Befragten (auch) dieser Aspekt von Führung gemeint war. Es lässt sich lediglich sagen, dass beruflich Pflegende die „Art und Weise der Führung“ als wichtigen Einflussfaktor auf die Arbeitszufriedenheit genannt haben.

Die Auflistung der Indikatoren bietet trotzdem eine gute Orientierung für Arbeitgeber, die sich der Thematik der Verbesserung der Arbeitgeberattraktivität widmen wollen. Gleichzeitig wird deutlich, dass im ersten Schritt in der eigenen Einrichtung eine Bestandsaufnahme vorgenommen werden muss, um die im jeweiligen Unternehmen konkret vorherrschende Situation (z. B. im Bereich Führung) zu identifizieren. Im Projekt wurde dazu als erster Schritt zur praktischen Erprobung der Indikatoren in allen Pflegeeinrichtungen eine vom Projektteam konzipierte Beschäftigtenbefragung durchgeführt (der Fragebogen ist im Anhang des Studienberichts verfügbar, Braeseke et al. 2022).

Ziel war es auch, die Indikatoren mit den häufigsten Nennungen zu identifizieren. Verschiedene deutsche und auch internationale Studien ergaben, dass in der Pflegebranche die Wertschätzung und Unterstützung im Arbeitsalltag – sowohl durch Vorgesetzte als auch durch Kolleginnen und Kollegen – an vorderster Stelle stehen, gefolgt von mehr Zeit für die Pflege und menschliche Zuwendung. An dritter Stelle rangieren die Themen Arbeitsklima/Konflikte im Team und Work-Life-Balance/Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung. Letztere finden sich sehr prägnant in der Aussage „an freien Tagen nicht arbeiten zu müssen“ wieder.

### 8.3.2 Ergebnisse der praktischen Erprobung

Die Kenntnis der ermittelten relevanten Einflussfaktoren, welche die Arbeitsplatzattraktivität für beruflich Pflegende erhöhen, sowie

der konkreten Wünsche und Erwartungen der Beschäftigten ist Voraussetzung für ein zielgerichtetes Handeln aller Akteure – zuvorderst der Einrichtungen bei der Schaffung guter Arbeitsbedingungen, aber auch der weiteren Akteure, die maßgeblich die Rahmenbedingungen für die Pflegebranche gestalten (Bund, Länder, Kommunen sowie die Selbstverwaltung mit den Kostenträgern und Pflegeverbänden) (BMG 2015; BMFSFJ 2016).

Die Handlungsmöglichkeiten der Unternehmen liegen vor allem in folgenden Bereichen:

- Unternehmenssteuerung und Führung,
- Arbeitsorganisation (einschl. Arbeits- und Gesundheitsschutz),
- Personalentwicklung,
- Vergütung/Entlohnung.

Konkrete Konzepte und Maßnahmen gibt es jeweils sowohl auf der Ebene der Organisation als auch auf der des individuellen Arbeitsplatzes.

Die identifizierten Indikatoren der Arbeitsplatz- und Arbeitgeberattraktivität wurden in 17 Einrichtungen der stationären, der ambulanten und der teilstationären Langzeitpflege modellhaft implementiert. Die über acht Monate laufende praktische Erprobung wurde wissenschaftlich begleitet. Dabei wurden zwei Beschäftigtenbefragungen, drei Workshops mit den jeweiligen Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleistungen sowie ein Workshop mit Auszubildenden durchgeführt. Zu Beginn wurden mit einer Mitarbeiterbefragung, die Ausgangspunkt für die Auswahl der zu bearbeitenden Indikatoren war, die konkreten Handlungsbedarfe in den Einrichtungen erhoben; mit folgendem Ergebnis:

- Die Indikatoren „Führungsstil“ (allgemein) und besonders der Aspekt „Unterstützung durch Vorgesetzte“ waren die am häufigsten als verbesserungsfähig identifizierten und letztlich auch konkret erprobten Indikatoren. Auch die „Wertschätzung durch Vorgesetzte“ reiht sich hier ein. Als problematisch wurde auch mehrfach der Indikator „Vorhandensein eines konstanten

direkten Vorgesetzten“ genannt, der im Zusammenhang mit dem häufigen Personalwechsel in Pflegeeinrichtungen steht.

- An zweiter Stelle sind die Indikatoren „Arbeitsbelastung“, „Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung“ und „Work-Life-Balance“ benannt und auch bearbeitet worden.
- Weiterhin wurden die beiden Indikatoren „Unterstützung“ und „Wertschätzung durch Kolleginnen und Kollegen“ häufig thematisiert und in Angriff genommen.

Der Indikator „Stundenlohn/Gehalt“ dagegen wurde nur in einer Einrichtung als verbesserungsbedürftig identifiziert. Das zeigt einmal mehr, dass die Entlohnung in der Pflege, die in den letzten Jahren auch im Branchenvergleich überdurchschnittlich angestiegen ist, derzeit nicht an erster Stelle steht, wenn es um die Verbesserung der Arbeitsbedingungen geht.

Wie die Evaluation der Erprobungsphase zeigen konnte, honorieren die Beschäftigten die Anstrengungen der Arbeitgeber, die Arbeitsbedingungen zu verbessern, auch bereits schon nach dem sehr kurzen Zeitraum von rund sechs Monaten. So sagten fast 80 % der Befragten, dass sie mit den Bemühungen ihres Arbeitgebers zur Verbesserung oder Stabilisierung der Arbeitsbedingungen trotz der zu diesem Zeitpunkt infolge der Corona-Pandemie schwierigen Rahmenbedingungen sehr zufrieden (26 %) oder zufrieden (53 %) seien. Die Gesamtbewertung der Arbeitgeber durch die beruflich Pflegenden fiel in der zweiten Welle der Befragung (Dezember 2021/Januar 2022) grundsätzlich besser aus als in der ersten Welle (Juni/Juli 2021). Die größte positive Veränderung war in Bezug auf den Indikator „Unterstützung durch Vorgesetzte“ zu verzeichnen. Auch bezüglich der „Wertschätzung durch Vorgesetzte“ nahmen Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine positive Veränderung wahr.

## 8.4 Schlussfolgerungen

Aus der Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Pflege lassen sich folgende grundlegende Erkenntnisse ziehen:

- Die Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften lässt sich durch betriebliche Maßnahmen (deutlich) verbessern.
- Die Pflegeeinrichtungen sollten künftig gezielter Maßnahmen zur Steigerung der Mitarbeiterbindung und -gewinnung umsetzen.
- Die Unternehmen sollten deutlich offensiver und transparenter am Arbeitsmarkt mit den von ihnen erfolgreich umgesetzten Maßnahmen zur Erhöhung der Arbeitgeberattraktivität werben.

Die Ergebnisse der Recherchen, Analysen und der modellhaften Implementierung haben mit hoher Konsistenz ergeben, dass die Arbeitgeberattraktivität in der Pflege hierzulande gesteigert werden kann – insbesondere durch betriebliche Maßnahmen in den Bereichen

- Führung (Wertschätzung und Unterstützung durch Vorgesetzte, partizipativer Führungsstil),
- Arbeitsorganisation (mehr individuelle Gestaltungsspielräume, Umsetzung spezifischer Pflegekonzepte, Arbeitssicherheit),
- Arbeitszeitgestaltung (verlässliche Dienstplangestaltung, bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, Flexibilität und Zeit für qualitativ hochwertige Pflege),
- Personalentwicklung (strukturelles Empowerment, Entwicklungs- und Karriere-möglichkeiten) sowie
- gezielte Außendarstellung des Unternehmens und seiner Werte im Rahmen der Personalrekrutierung.

Die Verbesserung der öffentlichen Wahrnehmung von Pflege und Pflegeberuf als attraktiver Arbeitsbereich ist aber auch Aufgabe von Politik und Selbstverwaltung. Auf dieser Ebene gilt es insbesondere die Rahmenbedingungen dahingehend anzupassen, dass u. a. innovative Personalkonzepte (z. B. überbetrieb-

liche Poollösungen und Bereitschaftsdienste), der Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachkräfte und ein angemessener Skill-Mix ermöglicht werden. Die Professionalisierung der Pflege, einhergehend mit neuen Kompetenzen und einer erweiterten Rolle in der Versorgung, ist sowohl seitens der Politik als auch der Berufsverbände und der Selbstverwaltung voranzutreiben.

Dem Berufsstand Pflege muss es künftig besser gelingen, seine Interessen gegenüber der Politik, den Arbeitgebern sowie im Rahmen der Selbstverwaltung zu vertreten, um die Rahmenbedingungen aktiv mitgestalten zu können und als Profession wahrgenommen zu werden. Alle beruflich Pflegenden äußerten in den verschiedensten Befragungen im Rahmen der Studie diesen Wunsch. Wenn sich zukünftig mehr beruflich Pflegenden über den Arbeitsalltag hinaus für ihre Interessen engagieren, könnten die vielfältigen Bestrebungen zur Professionalisierung der Pflege besser auf eine einheitliche Zielvision abgestimmt und damit schlagkräftiger werden.

## Literatur

- Albert S, Whetten DA (1985) Organizational Identity. *Res Organ Behav* 7:263–295
- Ambler T, Barrow S (1996) The employer brand. *J Brand Manag* 4(3):185–206
- Berthon P, Ewing M, Hah L (2005) Captivating company: dimensions of attractiveness in employer branding. *Int J Advert* 24(2):151–172 (<https://scinapse.io/papers/2144643027>). Zugegriffen: 01. Juli 2024
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016) Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. BMFSFJ, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2015) Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. BMG, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2021) Konzertierte Aktion Pflege. Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Arbeitsgruppen 1 bis 5. August 2021, 1. Aufl. BMG, Berlin
- Brademann I, Piorr R (2018) Das affektive Commitment der Generation Z – Eine empirische Analyse des Bindungsbedürfnisses an Unternehmen und dessen Einflussfaktoren. Arbeitspapiere der FOM Hochschule für Oekonomie & Management Nr. 70. Essen
- Braeseke G, Wentz L, Lingott N, Beikirch E, Koch A, Sippli K, Becker C, Kämmer K, Bruns W, Lowin O, Nitsch-Musikant D, Palm G, Reinhardt S (2022) Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege und Ermittlung sowie modellhafte Implementierung von Indikatoren für gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege – LOS 2: Entwicklung von Indikatoren zur Darstellung guter Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin. Abschlussbericht zur Studie „Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege“ – Teil 2: „Entwicklung von Indikatoren zur Darstellung guter Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege“ | BMG (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/abschlussbericht-zur-studie-arbeitsplatzsituation-in-der-akut-und-langzeitpflege-teil-2>) Zugegriffen: 01. Juli 2024
- Bruch H, Fischer J, Färber J (2015) Arbeitgeberattraktivität von innen betrachtet – eine Geschlechter- und Generationenfrage. TOP JOB Trendstudie 2015. zeag, Konstanz
- CURAVIVA Schweiz, QUALIS evaluation (2011) Bedingungen und Einflussfaktoren für einen attraktiven Arbeitsplatz in Institutionen der Langzeitpflege. CURAVIVA Schweiz, QUALIS evaluation, Zürich
- Eger L, Micik M, Gangur M, Rehor P (2019) Employer Branding: Exploring attractiveness dimensions in multicultural context. *J Technol Econ Dev Econ* 25(3):519–541
- Eurofound (2017) Sixth European Working Conditions Survey – Overview report (2017 update). Publications Office of the European Union, Luxembourg
- Fiedler J (1998) Strategie und Kultur im Transformationsprozess: Eine empirische Analyse am Beispiel des sächsischen Maschinenbaus. Arbeit, Organisation und Personal im Transformationsprozess Nr 5. Rainer Hampp, München Mering
- Hacker W (1998) Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. Huber, Bern
- Hendriks M (2016) Organizational reputation, organizational attractiveness and employer branding: clarifying the concepts. [http://essay.utwente.nl/71211/1/hendriks\\_MA\\_bms.pdf](http://essay.utwente.nl/71211/1/hendriks_MA_bms.pdf). Zugegriffen: 25. Juni 2024 (Master Thesis, University of Twente, October 2016)
- Kanning UP (2016) Personalmarketing, Employer Branding und Mitarbeiterbindung. Forschungsbefunde und Praxistipps aus der Personalpsychologie. Springer, Berlin Heidelberg
- PONS (2020) Online Wörterbuch. <https://de.pons.com/%C3%BCbersetzung/latein-deutsch/attrahere>. Zugegriffen: 1. Juli 2024

- Westphal A (2011) Ethikbasierte Unternehmensführung und Commitment der Mitarbeiter. Springer Gabler, Wiesbaden
- Zúñiga F, Ausserhofer D, Serdaly C, Bassal C, De Geest S, Schwendimann R (2013) SHURP Swiss Nursing Homes Human Resources Project, Schlussbericht. Universität Basel, Basel

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# Pflege braucht Pflege: Wie Betriebliche Gesundheitsförderung dem Fachkräftemangel entgegenwirken kann

*Thomas Lennefer, Michael Drupp, Werner Mall, Dirk Lehr und  
Antje Ducki*

## Inhaltsverzeichnis

- 9.1 Einleitung – 128**
  - 9.1.1 Betriebliche Gesundheitsförderung – 129
  - 9.1.2 Effektivität und Nutzen Betrieblicher  
Gesundheitsförderung – 130
- 9.2 Das Care4Care-Projekt – 131**
- 9.3 Praktische Erfahrungen mit der Implementation  
von Care4Care – 135**
- 9.4 Implikationen aus dem Care4Care-Projekt – 137**
- 9.5 Fazit – 138**
- Literatur – 138**

## ■ ■ Zusammenfassung

Der Fachkräftemangel in der Pflegebranche stellt eine zunehmend größere Herausforderung dar, die innovative Lösungen erfordert. Um dieser Herausforderung zu begegnen, bietet sich die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) als vielversprechender Ansatz an. BGF hat das Ziel, gesundheitsrelevante Belastungen zu reduzieren und Ressourcen zu stärken, indem systematisch Maßnahmen zur Verbesserung des Arbeitsumfelds und des Gesundheitsverhaltens der Mitarbeitenden umgesetzt werden.

Ein Beispiel für eine solche Unterstützung ist das Care4Care-Projekt, das Pflegeeinrichtungen ermöglicht, eine systematische gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung durchzuführen. Das Programm umfasst eine Vielzahl von Analyseinstrumenten sowie digitale und Präsenzangebote zu verschiedenen Themen, wie beispielsweise dem Umgang mit Schlafproblemen im Schichtdienst, der Organisationskultur und gesunder Führung.

Im Rahmen einer Cluster-randomisierten Studie wurde die Wirksamkeit des Care4Care-Programms untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass Care4Care das Klima für mentale Gesundheit verbessert und den wahrgenommenen Stress der Pflegekräfte reduziert. Zusätzlich verdeutlichen Praxisbeispiele, welche Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung eines BGF-Angebots mit hohem digitalem Anteil, wie das Care4Care-Projekt, entscheidend sind.

Zukünftige Studien sollten dennoch neben der Wirksamkeitsüberprüfung auch das Nutzungsverhalten in den Fokus nehmen. Dies ist notwendig, um eine größere Durchdringung in den Einrichtungen zu erreichen und dem Fachkräftemangel durch nachhaltige BGF-Aktivitäten entgegenzuwirken.

*The shortage of skilled workers in the nursing sector is an increasingly significant challenge that requires innovative solutions. To address this issue, workplace health promotion (WHP) emerges as a promising approach. WHP aims to reduce health-related stressors and enhance resources by systematically im-*

*plementing different approaches to improve the work environment and employees' health behaviour. One example of such support is the Care4Care project which enables nursing facilities to undertake systematic health-promoting organisational development. The programme includes a variety of analytical tools as well as digital and face-to-face trainings on topics such as managing sleep problems during shift work, organisational culture and healthy leadership.*

*The effectiveness of the Care4Care programme was examined in a cluster-randomised study. The results show that Care4Care improves the climate for mental health and reduces perceived stress among caregivers. In addition, practical examples illustrate which factors are crucial for the successful implementation of (digital) WHP programmes, such as the Care4Care project.*

*Future studies should also focus on user behaviour in addition to effectiveness assessments. This is necessary to reach more caregivers in the facilities and to sustainably address the shortage of skilled workers through WHP activities.*

## 9.1 Einleitung

Der Fachkräftemangel in der Pflegebranche stellt eine der größten Herausforderungen des Gesundheitswesens dar. Aktuell fehlen in Deutschland bereits mehrere tausend Pflegekräfte. Aufgrund der durch den demographischen Wandel steigenden Anzahl an pflegebedürftigen Menschen wird der Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal in den nächsten Jahren sogar noch steigen. So zeigt eine Analyse des Statistischen Bundesamtes (2024), dass im Jahre 2049 zwischen 280.000 und 690.000 Pflegekräfte fehlen werden.

Dies würde die aktuelle Arbeitssituation in der Pflege noch zusätzlich verschärfen, denn schon heute stehen Pflegekräfte unter enormem Druck. So weisen mehrere Studien auf eine hohe Stressbelastung in der Pflegebranche hin. Beispielsweise zeigt eine Auswertung

der AOK-Versichertendaten, dass Pflegekräfte gegenüber anderen Berufsgruppen ein erhöhtes Burnout-Risiko und eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen aufweisen (AOK-Bundesverband 2022; Drupp et al. 2021).

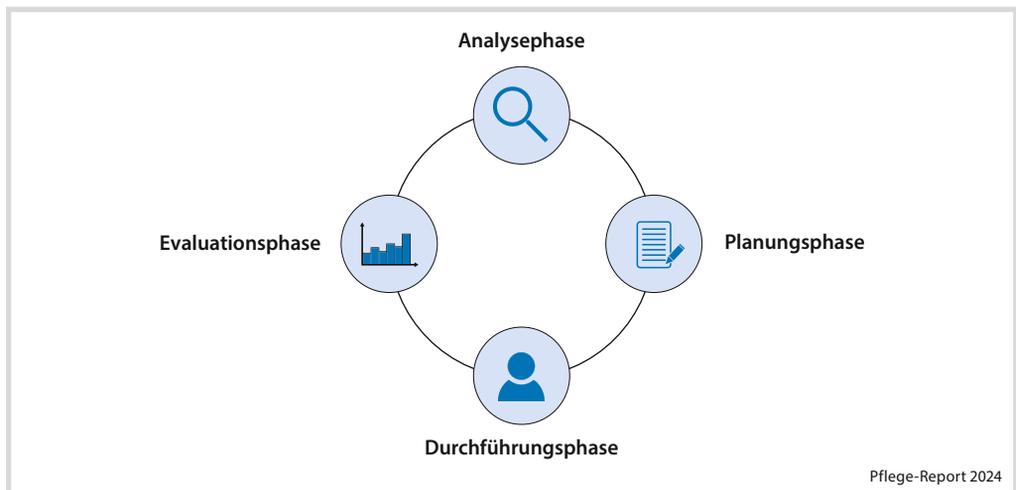
Um der Herausforderung des Fachkräftemangels zu begegnen, ist es für Pflegeeinrichtungen essenziell, ihre Belegschaft gesunderhalten und die Arbeitgeberattraktivität zu erhöhen. Neben Maßnahmen auf politischer Ebene kann Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) für Pflegeeinrichtungen ein wichtiges Instrument darstellen, um diese Ziele zu erreichen.

### 9.1.1 Betriebliche Gesundheitsförderung

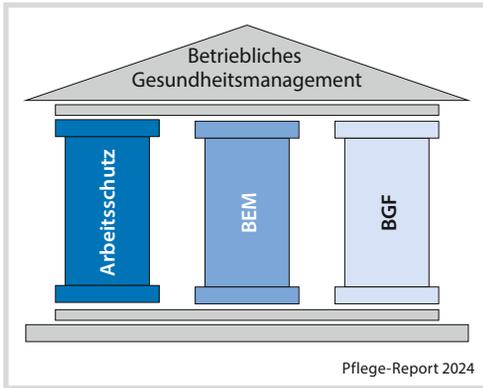
Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) beschreibt eine gesundheitsfördernde systematische Organisationsentwicklung mit dem Ziel, gesundheitsrelevante Belastungen zu senken und Ressourcen zu stärken (Hartung et al. 2021). Unternehmen, die BGF nutzen, um beispielsweise das Organisationsklima zu verbessern, den Krankenstand zu senken oder Arbeitsabläufe zu optimieren, steigen hier-

für in einen strukturierten Prozess ein (siehe [Abb. 9.1](#)).

Dieser Prozess beginnt zunächst mit einer Bedarfsanalyse. Basierend auf den im Vorfeld festgelegten Zielen des Unternehmens wird anhand verschiedener Analyseinstrumente (bspw. Mitarbeitendenbefragungen) der Ist-Zustand erfasst. Im Anschluss werden in der zweiten Phase Maßnahmen zur Verbesserung der identifizierten Bedarfe geplant und in der dritten Phase umgesetzt. So könnte beispielsweise bei einer Arbeitsanalyse gezeigt werden, dass das manuelle Heben und Umlagern von Pflegebedürftigen eine der häufigsten Ursachen für physische Belastungen und Rückenschmerzen bei den Pflegekräften unserer Beispielinrichtung sind. Als Maßnahme könnte die Einrichtung daraufhin ergonomische Hebehilfen anschaffen oder Schulungen zu richtigen Hebetechniken organisieren, um die körperliche Belastung zu minimieren. In der vierten Phase des BGF-Prozesses wird wiederum geprüft, ob die umgesetzten Maßnahmen den erwünschten Effekt erzielt haben. Nach der vierten Phase gilt der BGF-Prozess jedoch nicht als abgeschlossen, da Maßnahmen möglicherweise nach der Evaluationsphase modifiziert werden müssen oder weitere Bedarfe angegangen werden können. BGF kann somit als



**Abb. 9.1** Prozess der Betrieblichen Gesundheitsförderung



■ **Abb. 9.2** Komponenten eines ganzheitlichen Betrieblichen Gesundheitsmanagements

kontinuierliche gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung angesehen werden, die neben dem Arbeitsschutz und dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) eine wichtige Säule eines ganzheitlich orientierten Betrieblichen Gesundheitsmanagements bildet (siehe ■ Abb. 9.2; Bundesministerium für Gesundheit o. J.).

### 9.1.2 Effektivität und Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung

Grundsätzlich lassen sich BGF-Maßnahmen in zwei Oberkategorien einteilen: Verhaltens- und Verhältnisprävention. Verhaltenspräventive Interventionen sind Maßnahmen, die das Ziel verfolgen, das individuelle Gesundheitsverhalten der Beschäftigten zu verbessern (bspw. Online-Trainings, Schulungen, Workshops). Verschiedene Studien in unterschiedlichen Berufsgruppen konnten die Wirksamkeit dieses Ansatzes zeigen (z. B. Lennefer et al. 2020; Stratton et al. 2017). Einen weiteren Ansatz stellen verhältnispräventive Maßnahmen dar. Im Gegensatz zur Verhaltensprävention fokussiert die Verhältnisprävention auf die Arbeitsbedingungen (Organisationsklima, Arbeitsprozesse, Führungsstrukturen etc.), um

ein gesundheitsförderliches Umfeld für die Beschäftigten zu schaffen. Eine gesundheitsförderliche Veränderung der Arbeitsbedingung hat den Vorteil, dass auch Beschäftigte, die nicht direkt an den BGF-Interventionen (bspw. Schulungen) teilnehmen können, in Bezug auf ihre Gesundheit profitieren. So konnten mehrere Studien ebenfalls einen positiven gesundheitlichen Effekt hinsichtlich des verhältnispräventiven Ansatzes zeigen (z. B. Jindo et al. 2019; Shiri et al. 2022). In Bezug auf die Studienlage lässt sich allerdings vermuten, dass eine Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention besonders effektiv ist (Goldgruber und Ahrens 2009; Tetrick und Winslow 2015).

Maßnahmen der BGF haben allerdings nicht nur einen positiven Gesundheitseffekt. So untersuchte die Initiative für gesunde Arbeit (iga) den ökonomischen Nutzen von BGF und zeigte, dass jeder in BGF investierte Euro durch reduzierte Krankheitskosten und erhöhte Produktivität eine Einsparung von 2,70 € generieren kann. BGF-Maßnahmen können somit auch einen wirtschaftlichen Vorteil erzielen (Initiative gesunde Arbeit 2013). Dies wird ebenfalls deutlich, wenn der Einfluss von BGF auf die Bindung der Beschäftigten betrachtet wird. Studien zeigen, dass durch BGF-Maßnahmen das Organisationsklima positiv beeinflusst wird (De Wijn und Van Der Doef 2022; Dollard und Bailey 2021). Ein positives Organisationsklima kann sich wiederum förderlich auf die Mitarbeitendenbindung auswirken. So zeigte eine Untersuchung von Ross et al. (im Druck), dass das Organisationsklima die Wechselbereitschaft von Pflegekräften vorher sagt. Pflegekräfte, die das Organisationsklima ihrer Einrichtung als positiv bewerteten, gaben seltener an, ihren Arbeitgeber wechseln zu wollen als Pflegekräfte, die das Organisationsklima als schlecht bewerteten. Dieses Ergebnis zeigt, dass BGF Pflegeeinrichtungen einen entscheidenden Vorteil hinsichtlich des Fachkräftemangels bieten kann. In Bezug auf den Fachkräftemangel kann BGF darüber hinaus die Arbeitgeberattraktivität steigern, was das Anwerben neuer Fachkräfte vereinfacht.

Es ist Pflegeeinrichtungen daher zu empfehlen, systematische BGF-Programme zu implementieren, um den vielfältigen Herausforderungen im Pflegebereich nachhaltig zu begegnen und die Pflegeversorgung zu sichern. Im nächsten Abschnitt wird anhand des Beispiels des Care4Care-Programms gezeigt, wie ein BGF-Programm im Pflegekontext implementiert werden kann.

## 9.2 Das Care4Care-Projekt

Um bessere Arbeitsbedingungen in der stationären Altenpflege zu schaffen und die mentale Gesundheit der Pflegekräfte zu fördern, sind Ansätze vielversprechend, die arbeits- und personenorientierte BGF-Angebote kombinieren und bei denen die Beschäftigten die Umsetzung von Maßnahmen (mit)entwickeln und steuern (z. B. Rugulies et al. 2023). Dabei ist zu berücksichtigen, dass gerade ein partizipatives Vorgehen die Arbeitszeit der Beschäftigten beansprucht, was unter der Bedingung dauerhafter Personalknappheit einer der am häufigsten genannten Gründe ist, warum BGF-Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen nicht oder nur eingeschränkt die erwünschten Effekte bewirken (z. B. Vollmer et al. 2022; Pollock et al. 2020). Ebenso erschweren unregelmäßige Arbeitszeiten infolge von Schichtarbeit die Teilnahme an klassischen BGF-Angeboten, die typischerweise zu festen Zeiten stattfinden.

Digitale BGF-Angebote haben vor diesem Hintergrund den Vorteil, dass sie orts- und zeitunabhängig und damit flexibler genutzt werden können. Die bisherigen Erkenntnisse zur Zielgruppenanalyse deuten zudem darauf hin, dass mit digitalen Angeboten Berufstätige erreicht werden, die vorhandene Angebote nicht wahrnehmen (Lehr und Boß 2023; Miguel et al. 2023). Gleichzeitig finden digitale Anwendungen ihre natürliche Grenze, wenn es z. B. um die konkrete Umsetzung arbeitsgestalterischer Maßnahmen geht, die meist vor Ort stattfinden. Aus diesem Grunde erscheint es lohnend, BGF-Angebote zu entwickeln, die

die jeweiligen Vorteile von digitalen und Vor-Ort-Angeboten kombinieren.

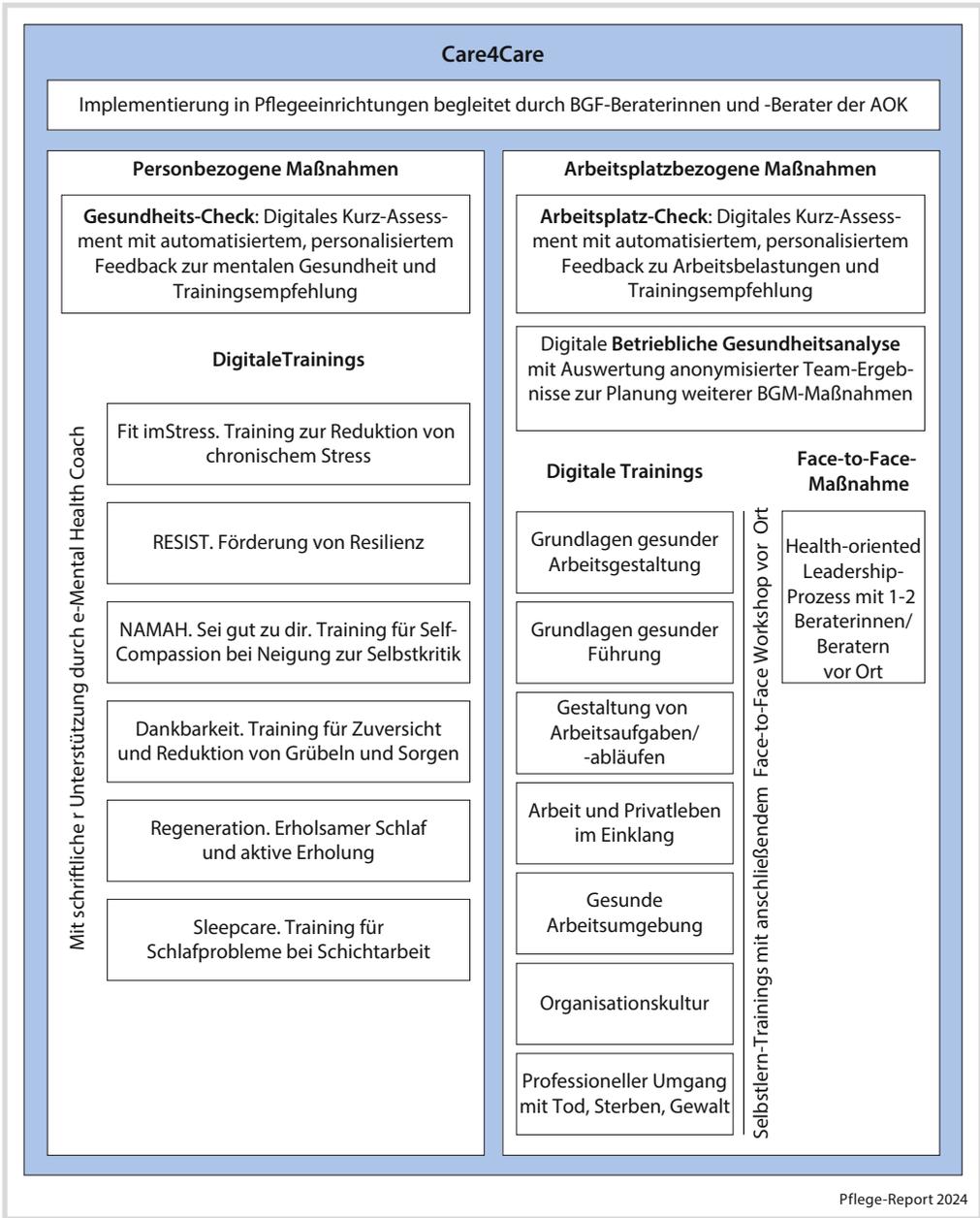
BGF-Angebote in ihrer arbeits- oder personenorientierten Zielsetzung zu kombinieren und dabei gleichzeitig die jeweiligen Vorteile einer digitalen und/oder Durchführung vor Ort zu nutzen, stellt eine komplexe wie lohnende Herausforderung dar. Wie in anderen Lebensbereichen zu beobachten, bietet die Digitalisierung große Chancen, muss aber sorgsam gestaltet sein, um Schattenseiten zu vermeiden. Dieser Herausforderung hat sich das Care4Care-Projekt gestellt, das von vier Hochschulen in Kooperation mit dem AOK-Bundesverband durchgeführt wurde.

Care4Care ist eine digitale Plattform für Pflegekräfte verschiedener Pflegebereiche (Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste, stationäre Altenpflege), die personen- und arbeitsplatzbezogene Angebote kombiniert und dabei neben digitalen Analyseinstrumenten und Online-Trainings auch Unterstützungsangebote für die Durchführung von Vor-Ort-Workshops bereitstellt (► <http://www.care4care-trainings.de>). Der Gesamtaufbau von Care4Care ist in  Abb. 9.3 dargestellt.

Auch wenn die Angebote von Care4Care überwiegend digital umgesetzt sind, so wurde Care4Care im Rahmen des Projektes gegenüber den Leitungen der Pflegeeinrichtungen und den Pflegekräften in der Regel persönlich und vor Ort durch die BGF-Beraterinnen und -Berater der AOK vorgestellt. Diese unterstützen zudem die Einrichtungen bei der Implementierung dieses neuartigen Angebots.

### ■ ■ Online-Analyseinstrumente

Mit dem Gesundheits-Check und dem Arbeits-Check stellt die Plattform zwei kurze Analyseinstrumente zur Verfügung, mit denen die Beschäftigten ihre Gesundheit und ihre Arbeitsbedingungen selbstständig beurteilen können. Automatisierte und personalisierte Rückmeldungen unterstützen die Pflegekräfte dabei, das Online-Training zu finden, das am besten zu ihrer persönlichen Arbeits- und Gesundheitssituation passt (siehe  Abb. 9.4).



**Abb. 9.3** Das Care4Care Programm im Überblick

Darüber hinaus stellt die Plattform eine digitale Möglichkeit zur umfassenden Analyse psychischer Belastungen in der Pflegeeinrichtung zur Verfügung. Die grafisch aufbereiteten Ergebnisse bieten sich als Start für einen um-

fassenden BGF-Prozess in einer Pflegeeinrichtung an. Sie können zudem als Grundlage für eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen verwendet werden, wie sie durch das Arbeitsschutzgesetz gefordert wird.

### Gesundheits-Check

#### Stress

Sie beschreiben ausgeprägte Gefühle oder Gedanken von Stress, Anspannung und Überforderung. Gerade wenn Sie dies schon über einen längeren Zeitraum erleben, ist es eine gute Idee, etwas zur Reduktion dieser Beschwerden zu tun. Manchmal nehmen uns diese Gefühle so sehr ein, dass wir keinen guten Umgang mehr mit stressreichen Situationen finden oder unsere Aufmerksamkeit vermehrt auf das lenken, was uns nicht gelingt.

Zur Bewältigung von Stress, Anspannung und Überforderung sind zwei Online-Trainings entwickelt worden:

Das Training „Fit im Stress“ zielt insbesondere auf die Förderung von effektiven und systematischen Bewältigungsstrategien für Stresssituationen ab. Ebenso fördert es Fähigkeiten, gelassener mit Stress und mit schwierigen Emotionen wie Ärger oder Angst sowie mit stressverstärkenden Gedanken umzugehen



Pflege-Report 2024

■ **Abb. 9.4** Exemplarische Ergebnismeldung mit Trainingsempfehlung

### ■ ■ Online-Trainings

Den umfangreichsten Teil von Care4Care stellen die 13 verschiedenen Online-Trainings dar. Dabei bietet die Plattform sieben arbeitsorientierte und sechs personenorientierte Online-Trainings zur Auswahl an (siehe ■ Abb. 9.3). Die Trainings adressieren ausgewählte Themen, die für die mentale Gesundheit von Pflegekräften von besonderer Relevanz sind. So gibt es bei den verhaltenspräventiven Angeboten neben Trainings zur Förderung der Stressbewältigungskompetenzen ein Training zur Stärkung der Resilienz sowie ein Training zur allgemeinen Förderung von erholsamem Schlaf und eines zu Schlafproblemen im Zusammenhang mit Schichtarbeit. Bei den verhältnispräventiven Angeboten finden sich Online-Trainings zu gesundheitsorientierter Führung, zur Arbeitsorganisation, z. B. zur Gestaltung von Schichtarbeit sowie zur Organisationskultur.

Alle Online-Trainings bestehen aus mehreren Lektionen, die in der Regel in einem wöchentlichen Rhythmus bearbeitet werden. Gestaltet sind sie als eine Kombination von interaktiven Texten, Videos, Audios und Übungen (z. B. Quizze, Reflektionen, Verhaltensexperimente). Das Bearbeiten einer Lektion kann zwischen 15 und 60 min in Anspruch neh-

men. Beispielpersonen, sogenannte Personas, begleiten die Teilnehmenden in den Übungen der Trainings. Sie können als Modelle zum Umgang mit Erfolgen und Misserfolgen im Trainingsprozess genutzt werden und bieten praktische Anregungen zur Durchführung der Übungen. Die Teilnahme an den Trainings wurde in der Regel als Arbeitszeit gutgeschrieben.

Für die Mehrzahl der verhaltenspräventiven Gesundheitstrainings liegen umfangreiche Wirksamkeitsnachweise vor (Übersicht siehe: Lehr und Boß 2023). Diese Online-Gesundheitstrainings wurden mit persönlicher Begleitung durch einen E-Coach angeboten, der mit schriftlichen Rückmeldungen zu den Übungen den Trainingsfortschritt unterstützt. Mit dem personellen Aufwand des E-Coachings im Unterschied zu reinen Selbsthilfe-Angeboten ist eine höhere Akzeptanz und Wirksamkeit der Trainings verbunden. Die arbeitsbezogenen Trainings, die auf organisatorische Faktoren abzielten, wurden nach internationalen (European Network for Workplace Health Promotion 2018) und nationalen (BAuA 2017) Leitlinien zu schützenden Arbeitsplatzfaktoren entwickelt und durch das Feedback erfahrener Gesundheitsberaterinnen und -berater optimiert.

In den Trainings werden die Pflegekräfte dazu angeleitet, sich mit verschiedenen Aspekten ihres eigenen Verhaltens und ihrer Arbeitsbedingungen auseinanderzusetzen, sich selbst Veränderungsziele zu setzen und praktische Übungen bzw. Maßnahmen zur Umsetzung der Ziele zu entwickeln. In den Arbeitstrainings werden Beschäftigte befähigt, qualifizierte Verbesserungsideen für ihre Arbeitssituation zu generieren. Um den Transfer zu sichern, können diese Ideen in den Trainings notiert und anonymisiert für Führungskräfte und/oder BGM-Verantwortliche freigegeben werden, sodass sie diesen als eine Grundlage für nachfolgende Team-Workshops dienen.

### ■ ■ Vor Ort-Angebote

Im Anschluss an die arbeitsplatzbezogenen Online-Trainings sind Team-Workshops vor Ort vorgesehen. In diesen werden die Ideen zur Verbesserung der Arbeitssituation gemeinsam diskutiert, Maßnahmen festgelegt und verbindliche Pläne mit Zeitzielen und Zuständigkeiten besprochen. Der Prozess ist in  Abb. 9.5 dargestellt.

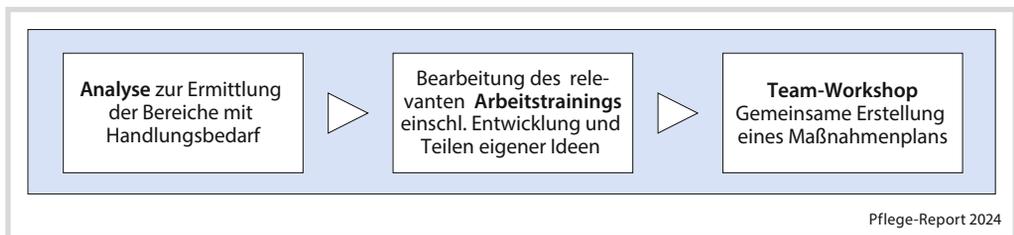
Ergänzend zu den bereits beschriebenen Programmbestandteilen bietet Care4Care auch die Möglichkeit, an einem mehrstufigen Prozess zur gesundheitsförderlichen Führung teilzunehmen (Health-oriented Leadership; Elprana et al. 2016). Dieses Angebot für Führungskräfte und ihre Teams findet ebenfalls vor Ort statt.

### ■ ■ Evaluation

Um zu untersuchen, ob die Nutzung von Care4Care zu einer Verbesserung des wahr-

genommenen psychosozialen Sicherheitsklimas (siehe Boß et al. in *Begutachtung*) in den Pflegeeinrichtungen führt und die mentale Gesundheit der Pflegekräfte oder deren Leistungsfähigkeit verbessert, wurde eine aufwendige Evaluationsstudie durchgeführt. An der Studie teilnehmende Pflegeeinrichtungen wurden zufällig entweder einer Gruppe, die unmittelbar Care4Care nutzen konnte, oder einer Kontrollgruppe zugewiesen. Die Pflegeeinrichtungen der Kontrollgruppe konnten direkt Schnupperangebote von Care4Care sowie Routineangebote zur gesunden Ernährung oder Bewegung nutzen und erhielten nach einer Wartezeit von sechs Monaten vollen Zugang zu Care4Care. Die Evaluation wurde als Cluster-randomisierte Studie durchgeführt. Das Studiendesign ist im Deutschen Register Klinischer Studien im Detail beschrieben ([▶ https://drks.de/search/detail/DRKS00027869](https://drks.de/search/detail/DRKS00027869)). An der Studie nahmen 33 Pflegeeinrichtungen mit 347 Pflegekräften teil. Erste Analysen weisen darauf hin, dass die Einführung von Care4Care mit einem verbesserten Klima für mentale Gesundheit einhergeht und den wahrgenommenen Stress der Pflegekräfte reduziert. Die finalen Ergebnisse werden in einer Fachzeitschrift nach einer externen Begutachtung veröffentlicht (siehe Boß et al. in *Begutachtung*).

Die Evaluation hat auch deutlich gemacht, dass ein Angebot wie Care4Care insbesondere von Pflegekräften angenommen wird, die bereits ausgeprägte Beschwerden in der mentalen Gesundheit berichten. Daher scheint Care4Care vor allem im Rahmen indizierter Prävention bedeutsam zu sein. Perspektivisch



Pflege-Report 2024

 **Abb. 9.5** Die Kombination von digitalen und Vor-Ort-Angeboten im Rahmen der Arbeitstrainings

könnten thematisch abgestimmte, jedoch niederschwelligere Angebote ergänzt werden, die stärker auf die universelle Prävention ausgerichtet sind. Die qualitative Begleitforschung zu den Gelingensfaktoren der Implementierung eines neuen, viele Möglichkeiten bietenden und weitgehend digitalen BMG-Ansatzes machte zudem die zentrale Rolle der BGF-Beraterinnen und -Berater deutlich.

### 9.3 Praktische Erfahrungen mit der Implementation von Care4Care

Im Rahmen des Care4Care-Projektes konnten zudem zahlreiche wichtige praktische Erfahrungen hinsichtlich des Einsatzes eines umfangreichen teildigitalen Angebots für die Pflegebranche gesammelt werden. Im Folgenden werden anhand von drei Fallbeispielen aus den verschiedenen Pflgeteilbranchen die Hürden und Erfolgsfaktoren für die praktische Umsetzung eines systematischen BGF-Prozesses (siehe ► Abschn. 9.2) mit dem Care4Care-Angebot dargestellt.

#### ■ Personelle Kontinuität

Zu den Stärken von Care4Care zählt die gezielte Verbindung von digitalen Angeboten mit Präsenzformaten.

#### ► Praxisbeispiel A

Der ambulante Pflegedienst A bietet seinen Beschäftigten die verhaltensbezogenen Trainings aus Care4Care an. Parallel wird die betriebliche Gesundheitsanalyse durchgeführt, an der alle Beschäftigten über ihre dienstlichen Tablets teilnehmen können. Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung werden anschließend im Rahmen von Präsenz-Dienstberatungen durch AOK-Beraterinnen und -Berater präsentiert und zur Diskussion gestellt. ◀

Die Kombination verschiedener Angebotsformate senkt nicht nur die Schwelle zur Inanspruchnahme der Trainings, sondern auch zur

partizipativen Beteiligung am BGF-Prozess. Der weitere Verlauf in diesem Praxisbeispiel verweist jedoch auf für die Branche typische hemmende Faktoren, die systematischen BGF-Aktivitäten häufig im Wege stehen – unabhängig davon, ob diese in analoger oder digitaler Form umgesetzt werden.

#### ► Praxisbeispiel A

Nach der Präsentation der Ergebnisse der betrieblichen Gesundheitsanalyse gibt es einen Wechsel der Geschäftsleitung und im Anschluss auch der Pflegedienstleitung. Die Ableitung und Umsetzung von Maßnahmen aus der Mitarbeiterbefragung kann nicht erfolgen und wird zurückgestellt. ◀

Die hohe Fluktuation ist generell ein Problem in der Branche, unter dem nicht selten auch das Gesundheitsmanagement leidet. Dies wird verstärkt durch die oftmals ausgeprägte Heterogenität der Belegschaften, was sowohl den Mix aus Fach- und Hilfskräften angeht als auch den Mix aus Leasingkräften und Stammbeschaft. In Zukunft wird auch das Thema der Sprachkompetenzen eine zunehmende Rolle spielen.

#### ■ Technische Ausstattung

Die IT-Ausstattung der Pflege bildet eine wichtige Voraussetzung für digitale BGF-Aktivitäten.

Dabei zeigt sich ein deutliches Gefälle zwischen den verschiedenen Pflgeteilbranchen. Viele Pflegekräfte in stationären Einrichtungen haben nur eingeschränkten Zugang zu digitalen Endgeräten. Als Klassiker gilt das mit einem einzelnen PC ausgestattete Stationszimmer. Die Teilnahme an digitalen Trainings ist unter diesen Bedingungen am Arbeitsplatz schon aus technischen Gründen kaum möglich. Ambulante Dienste sind dagegen technisch häufig schon viel besser ausgerüstet. Nicht wenige Pflegekräfte in ambulanten Diensten sind mit mobilen Endgeräten ausgestattet, da diese für die Einsatzdisposition und die Dokumentation genutzt werden.

Falls die technische Infrastruktur in Pflegeeinrichtungen nicht gegeben sein sollte, könnten Pflegekräfte auf private Endgeräte zurückgreifen (vgl. Praxisbeispiel B). Grundsätzlich zeigt sich jedoch, dass sich die Erfolgchancen für die Implementation von digitalen BGF-Angeboten verbessern, wenn sie Hand in Hand mit der Digitalisierung der Arbeitsprozesse einhergeht.

### ■ ■ **Arbeitszeit**

Die Bereitstellung von Arbeitszeitressourcen für BGF-Aktivitäten sowohl in Bezug auf die betriebsweite Koordination als auch für die Beschäftigten ist in allen Betrieben ein kritischer Erfolgsfaktor. Bei Care4Care mit vielen digitalen Angeboten hängt davon auch ab, inwieweit die spezifischen Vorteile von Care4Care für die Pflegebranche zum Tragen kommen können.

#### ► **Praxisbeispiel B**

Die Pflegeeinrichtung B bietet allen Beschäftigten die Möglichkeit, Trainingsangebote aus Care4Care auf privaten Endgeräten zu Hause in Anspruch zu nehmen und dies als Arbeitszeit abzurechnen. Die Anrechenbarkeit wird begrenzt auf zwei Trainings mit der jeweils dafür vorgesehenen Bearbeitungszeit.

Im Ergebnis nehmen mehr als die Hälfte der Beschäftigten an den Trainings teil. ◀

Ohne entsprechende Arbeitszeitregelungen unterliegen die Trainings in viel stärkerem Maß dem allgemeinen Präventionsdilemma: Sie werden vor allem von denjenigen in Anspruch genommen, die sich ohnehin besonders für Gesundheitsthemen interessieren oder bereits aktiv an ihrer Gesundheit arbeiten.

### ■ ■ **Aufbau von Strukturen für das Thema Gesundheit**

Ein weiterer Erfolgsfaktor für die Umsetzung von BGF-Aktivitäten ist der Aufbau von betriebsinternen Strukturen, die sich systematisch mit dem Thema Gesundheit beschäftigt.

Häufig wird hierfür ein Steuerkreis eingerichtet, der sich aus verschiedenen internen und externen Akteuren zusammensetzen kann (bspw. Personalabteilung, Betriebsrat, externen Beraterinnen und Beratern).

#### ► **Praxisbeispiel C**

In einer Klinik der Maximalversorgung wurde Care4Care als Maßnahme durch den eingerichteten Steuerkreis festgelegt. Innerhalb der Klinik wurde das Projekt von einer engagierten Pflegedienstleitung verantwortet. Anhand der betrieblichen Gesundheitsanalyse wurden – zum Teil nach Bereichen unterschiedliche – Handlungsbedarfe ermittelt, die durch Care4Care aufgegriffen wurden. Die einzelnen Bereiche nutzen daraufhin je nach Schwerpunkt die arbeitsplatzbezogenen Trainings „Grundlagen gesunder Arbeitsgestaltung“ (ca. 50 min) und/oder „Organisationskultur“ (5 × 30–45 min). Notizen zu Problemen und Verbesserungen wurden in den Online-Trainings durch die Teilnehmenden für die AOK-Beraterinnen freigegeben. Im Anschluss an die Online-Trainings wurden fünf Themenwerkstätten unter Moderation der AOK-Beraterinnen (Zeitaufwand ca. 3 h) durchgeführt. Bedingt durch die Corona-Pandemie und die dadurch zusätzlich angespannte Personalsituation konnten letztendlich 26 Mitarbeitende an den Themenwerkstätten teilnehmen. Die Ergebnisse und entwickelten Maßnahmen zu Themen wie bspw. Schichtablauf, Informationskultur und Gestaltung der Teamarbeit wurden an die Personalleitung/den Steuerkreis der Einrichtung weitergegeben. Zudem wurden Optimierungsbedarfe identifiziert und als Impuls für die Online-Trainings notiert. ◀

Eine Stärke von Care4Care bestand in diesem Fallbeispiel darin, dass mit den vorhandenen Angeboten, insbesondere der betrieblichen Gesundheitsanalyse und den anschließenden Themenwerkstätten, über den Einbezug der Mitarbeitenden die Verbesserungspotenziale einzelner Stationen gut ermittelt und an die Entscheidungsträger weitergegeben

werden konnten. Die Einbindung des Steuerungskreises, bei dem über die Pflege hinaus auch die Schnittstellenbereiche (Personalleitung und -entwicklung, Betriebsärzte, Personalratsvertretung) beteiligt werden, erwies sich hierbei als besonderer Erfolgsfaktor.

Die drei Praxisbeispiele machen somit deutlich, dass es bei komplexen Angeboten der Begleitung durch erfahrene BGF-Beratende bedarf. Größere Pflegeeinrichtungen und Kliniken bieten dabei den Vorteil einer zumeist bereits vorhandenen professionellen Infrastruktur mit entsprechenden Vorerfahrungen in der BGF (z. B. selbst durchgeführte Befragungen, vorhandene Gesundheitsförderungsangebote, eigene Qualifizierungsmaßnahmen); oft fehlt es dann jedoch an einer Evaluation und entsprechenden Priorisierung und Anpassung der Angebote. Eine externe Begleitung durch erfahrene BGF-Beratende kann somit die systematische Umsetzung für Pflegeeinrichtungen deutlich erleichtern.

## 9.4 Implikationen aus dem Care4Care-Projekt

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sowie den fortlaufenden Aktivitäten der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) liegt bereits ein gesetzlicher wie politischer Rahmen vor, der von Pflegeeinrichtungen, unterstützt durch verschiedene Akteure (bspw. Sozialpartner und Pflegeverbände), genutzt werden kann, um Pflegekräfte zu stärken. Die Sozialversicherungsträger können arbeitsteilig Unterstützung im Sinne einer „Hilfe zur Selbsthilfe“ leisten. Dabei kommt hybriden Angeboten, auch im Hinblick auf die Verbreitung von BGF und BGM, eine wachsende Bedeutung zu. Care4Care gereift somit als nachweislich wirksames, hybrides, pflegespezifisches Angebot den Bedarf auf, Pflegeeinrichtungen in einem systematischen BGF-Prozess zu unterstützen. Aus umfangreichen und systematischen BGF-Projekten wie Care4Care lassen sich verschiedene Implikationen auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene ableiten, die BGF-Aktivitäten in Pflegeeinrichtungen begünstigen können.

täten in Pflegeeinrichtungen begünstigen können.

### ■ ■ Betriebliche Ebene

Auf der einzelbetrieblichen Ebene hat sich für die Pflegebetriebe die in ▶ Abschn. 9.2 beschriebene Vorgehensweise eines systematischen BGF-Prozesses bewährt. Hier fügt sich das Care4Care-Projekt nahtlos ein.

Zwar hat der Gesetzgeber speziell für die Betriebliche Gesundheitsförderung von Pflegekräften zusätzliche zweckgebundene Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung bereitgestellt (den sogenannten „Pflege-Euro“ der BGF). In der Praxis des Gesundheitsmanagements stößt die Ungleichbehandlung von Pflegekräften und anderen Berufsgruppen allerdings auf große Vorbehalte in den Betrieben. Im Hinblick auf die Wirksamkeit und die Akzeptanz der Maßnahmen erscheint es deshalb geboten, pflegespezifische Angebote in ein unternehmensweites BGM einzubinden, das alle Berufsgruppen adressiert.

### ■ ■ Überbetriebliche Ebene

Die Tarifpartner müssen die für die Gesundheit erforderlichen Arbeitszeiten tarifvertraglich verankern. Die vergütungsrechtlichen Voraussetzungen für die Ausfinanzierung der Inhalte der Tarifverträge hat der Gesetzgeber geschaffen – jetzt ist es an den Tarifpartnern, das Thema Gesundheit in adäquater Form (auch was den Arbeitszeiteinsatz anbelangt) in den Tarifverträgen zu verankern. Dies würde den Beschäftigten die Möglichkeit bieten, auch außerhalb der eng getakteten Schichtzeiten an ihrer Gesundheit zu arbeiten. Entsprechende flexible Regelungen würden es den Beschäftigten ermöglichen, digitale verhaltenspräventive Aktivitäten im Rahmen des BGM auch außerhalb des Betriebes auf privaten Endgeräten, aber im Rahmen ihrer Arbeitszeit wahrzunehmen. (siehe Praxisbeispiel B (Freistellung)).

Kritisch zu bewerten ist in diesem Zusammenhang die Praxis der Finanzämter, solche verhaltenspräventiven Leistungen des Arbeitgebers der Einkommensteuer zu unterwerfen. Sie werden von den Finanzämtern einkom-

menssteuerrechtlich als geldwerte Leistung des Arbeitgebers bewertet und damit steuerlich auf eine Stufe gestellt mit Dienstwagen und Rabattverträgen. Bei Care4Care betrifft dies die personenbezogenen digitalen Trainings (vgl.  Abb. 9.3).

Abweichend von den bestehenden Regelungen sollten verhaltenspräventive Leistungen des Arbeitgebers, die den Vorgaben des § 20 SGB V entsprechen, nicht nur bis zur Freibetragsgrenze von derzeit 600 € pro Jahr, sondern generell von der Einkommensteuer befreit werden.

## 9.5 Fazit

Der Fachkräftemangel ist eine Herausforderung, der in der Pflegebranche in den nächsten Jahren zunehmend an Brisanz gewinnen wird. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) kann hierbei auf verschiedene Weise dem Fachkräftemangel entgegenwirken. Durch eine gesundheitsfördernde systematische Organisationsentwicklung kann die Gesundheit der bestehenden Belegschaft gestärkt werden, sodass Ausfälle gesenkt werden und die Arbeitszufriedenheit erhöht wird. Darüber hinaus können BGF-Aktivitäten organisationale Faktoren wie Organisations- und Teamklima positiv beeinflussen, sodass auf der einen Seite Fluktuationen vermieden werden und auf der anderen Seite die Arbeitgeberattraktivität erhöht wird, was sich wiederum förderlich auf die Anwerbung neuer Fachkräfte auswirkt.

Aktuell gibt es jedoch wenig Angebote, die Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung eines systematischen BGF-Prozesses unterstützen. Das Care4Care-Projekt schließt diese Lücke und bietet unterschiedliche Analyseinstrumente und Trainingsangebote sowohl in Präsenz als auch in digitaler Form. Darüber hinaus wurde die Wirksamkeit des Care4Care-Angebots mit einer Cluster-randomisierte Studie in 33 Pflegeeinrichtungen nachgewiesen. Obwohl die gesetzlichen Regelungen eine derartig aufwändige Überprüfung der Wirksamkeit von BGF-Maßnahmen derzeit nicht fordern,

sind Studien dieser Art geeignet, um festzustellen, ob Pflegekräften ein wirksames Angebot gemacht werden kann. Zukünftig sollte somit weiterhin in die Wirksamkeitsüberprüfung von BGF-Angeboten investiert werden.

Im Rahmen des Care4Care-Projektes konnten zahlreiche wertvolle Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung/Implementierung von neuen Angeboten mit hohem digitalem Anteil in der Pflegebranche gesammelt werden. Hierbei zeigte sich, dass Faktoren wie Bereitstellung von Arbeitszeit, Strukturaufbau und die IT-Ausstattung zentrale Erfolgsfaktoren für teildigitale Angebote wie Care4Care sind. Darüber hinaus geht aus den Nutzungsdaten von Care4Care jedoch auch hervor, dass das Angebot nicht von allen Pflegekräften genutzt wurde. Zukünftige Studien sollten somit nicht nur die Wirksamkeit eines BGF-Angebots untersuchen, sondern auch das Nutzungsverhalten und die Durchdringungsstrategien innerhalb eines Betriebes als weiteres Qualitätsmerkmal in den Fokus nehmen. Dies ist neben der Wirksamkeit ein wichtiger Faktor, um im Sinne einer gesundheitsfördernden systematischen Organisationsentwicklung eine nachhaltige Veränderung innerhalb einer Einrichtung herbeizuführen.

Generell lässt sich jedoch festhalten, dass durch systematische BGF-Angebote wie Care4Care Faktoren beeinflusst werden können, die dem Fachkräftemangel in der Pflege entgegenwirken. Für Pflegeeinrichtungen ist es aufgrund dessen durchaus lohnenswert, in systematische BGF-Aktivitäten zu investieren.

## Literatur

- AOK-Bundesverband (2022) Burnout-Risiko bei Pflegefachpersonen hoch. Presse und Politik. <https://www.aok.de/pp/bv/pm/burnout-risiko-pflegefachpersonen/>. Zugegriffen: 15. Aug. 2024
- BAuA (2017) Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Wissenschaftliche Standortbestimmung. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund
- Boß L, Ross J, Reis D, Pischel S, Mallwitz T, Brückner H, Tanner G, Nissen H, Kalon L, Schümann M, Lennefer T, Janneck M, Felfe J, Ducki A, Lehr D (2024) Ef-

- fectiveness of an integrated platform intervention for promoting the mental health in nursing – a pragmatic cluster-randomised controlled trial. (in Begutachtung) Bundesministerium für Gesundheit Betriebliche Gesundheitsförderung. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/>. Zugegriffen: 15. Aug. 2024
- De Wijn AN, Van Der Doef MP (2022) Reducing psychosocial risk factors and improving employee well-being in emergency departments: a realist evaluation. *Front Psychol*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.728390>
- Dollard MF, Bailey T (2021) Building psychosocial safety climate in turbulent times: the case of COVID-19. *J Appl Psychol* 106(7):951–964. <https://doi.org/10.1037/apl0000939>
- Drupp M, Meyer M, Winter W (2021) Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) für Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser unter Pandemiebedingungen. Springer, Berlin Heidelberg, S 71–89 [https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2_5) (eBooks)
- Elprana G, Felfe J, Franke F (2016) Gesundheitsförderliche Führung diagnostizieren und umsetzen. In: Felfe J, van Dick R (Hrsg) *Handbuch Mitarbeiterführung: Wirtschaftswissenschaftliches Praxiswissen für Fach- und Führungskräfte*. Springer Reference Psychologie. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-55080-5\\_17](https://doi.org/10.1007/978-3-642-55080-5_17)
- European Network for Workplace Health Promotion (2018) Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. [https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2022/01/26/1\\_luxembourg\\_declaration\\_2018.pdf](https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2022/01/26/1_luxembourg_declaration_2018.pdf). Zugegriffen: 2. Jan. 2024
- Goldgruber J, Ahrens D (2009) Effectiveness of workplace health promotion and primary prevention interventions: a review. *Z Gesundheitswissenschaften / Journal Public Health* 18(1):75–88. <https://doi.org/10.1007/s10389-009-0282-5>
- Hartung S, Faller G, Rosenbrock R (2021) Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i042-2.0>
- Initiative gesunde Arbeit (iga) (2013) Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention (Iga.Report 28). <https://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/igareporte/igareport-28>
- Jindo T, Makishima M, Kitano N, Wakaba K, Kai Y (2019) Association of the usage of height-adjustable desks with physical activity and sitting behavior in employees. *Bull Phys Fit Res Inst* 117:1–7 (<https://ci.nii.ac.jp/naid/130007732063>)
- Lehr D, Boß L (2023) Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Ebert DD, Baumeister H (Hrsg) *Digitale Gesundheitsinterventionen. Anwendungen in Therapie und Prävention*. Springer, Berlin Heidelberg, S 385–419 [https://doi.org/10.1007/978-3-662-65816-1\\_23](https://doi.org/10.1007/978-3-662-65816-1_23)
- Lennefer T, Lopper E, Wiedemann AU, Hess U, Hoppe A (2020) Improving employees' work-related well-being and physical health through a technology-based physical activity intervention: a randomized intervention-control group study. *J Occup Health Psychol* 25(2):143–158. <https://doi.org/10.1037/ocp0000169>
- Miguel C, Amarnath A, Akhtar A, Malik A, Baranyi G, Barbui C, Karyotaki E, Cuijpers P (2023) Universal, selective and indicated interventions for supporting mental health at the work-place: an umbrella review of meta-analyses. *Occup Environ Med* 80(4):225–236. <https://doi.org/10.1136/oemed-2022-108698>
- Pollock A, Campbell P, Cheyne J, Cowie J, Davis B, McCallum J, Maxwell M (2020) Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *Cochrane Database Syst Rev* 11:CD13779. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013779>
- Ross J, Lennefer T, Brückner H, Ducki A, Lehr D Wechselbereitschaft und psychosoziales Sicherheitsklima – Eine Studie unter Pflegekräften. In: Badura B, Ducki A, Baumgardt J et al (Hrsg) *Fehlzeiten-Report 2024. Bindung und Gesundheit – Fachkräfte gewinnen und halten (im Druck)*
- Rugulies R, Aust B, Greiner BA, Arensman E, Kawakami N, LaMontagne A, Madsen IEH (2023) Work-related causes of mental health conditions and interventions for their improvement in workplaces. *Lancet* 402(10410):1368–1381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00869-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00869-3)
- Shiri R, Turunen J, Kausto J, Leino-Arjas P, Varje P, Väänänen A, Ervasti J (2022) The effect of employee-oriented flexible work on mental health: a systematic review. *Healthcare* 10(5):883. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050883>
- Statistisches Bundesamt (2024) Pflegekräftevoraus berechnung. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/pflegekraeftevorausberechnung.html>. Zugegriffen: 15. Aug. 2024
- Stratton E, Lampit A, Choi I, Calvo RA, Harvey SB, Glozier N (2017) Effectiveness of eHealth interventions for reducing mental health conditions in employees: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 12(12):e189904. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189904>
- Trickett LE, Winslow CJ (2015) Workplace stress management interventions and health promotion. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav* 2(1):583–603. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032414-111341>

Vollmer J, Horn A, Huschik G (2022) Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. In: Medizinischer Dienst Bund (Hrsg) Präventionsbericht 2022 – Berichtsjahr 2021, S 113–138

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# Weiterentwicklung des Pflegeberufs: Chancen und Risiken der Akademisierung der Pflege

*Sandra Strube-Lahmann, Steffen Dißmann und Christine Vogler*

## Inhaltsverzeichnis

- 10.1 Einleitung – 143**
- 10.2 Wandel der Pflegeausbildung – 144**
  - 10.2.1 Erste Phase – 145
  - 10.2.2 Zweite Phase – 145
  - 10.2.3 Dritte Phase – 146
- 10.3 Pflegeberufereform – 146**
  - 10.3.1 Pflegeberufegesetz – 146
  - 10.3.2 Pflegeberufegesetz: Umsetzung – 147
  - 10.3.3 Pflegeberufegesetz: Chancen und Herausforderungen – 148
  - 10.3.4 Pflegestudiumstärkungsgesetz – 149
  - 10.3.5 Pflegestudiumstärkungsgesetz: Chancen und Herausforderungen – 149
- 10.4 Professionelle Berufsrollen von Pflegenden – 150**
- 10.5 Erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten – 151**
  - 10.5.1 Pflegekompetenzgesetz: Auswirkungen auf die Akademisierung der Pflege – 152
  - 10.5.2 Pflegestudiumstärkungsgesetz: Auswirkungen auf die Akademisierung der Pflege – 153

**10.6 Ausblick – Implikationen für die Praxis – 154**

**Literatur – 156**

### ■ Zusammenfassung

Die Akademisierung des Pflegeberufs begann in den 1990er Jahren und dauert bis heute an. Dabei soll den zunehmenden Anforderungen und Herausforderungen an die Profession Pflege auch durch ein Vorantreiben der Akademisierung begegnet werden. Gesetzesreformen und -initiativen schaffen hierfür eine verbindliche Grundlage. So konnten durch das Pflegeberufegesetz sowie das Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) inhaltlich, strukturell und finanziell attraktivere Studienbedingungen geschaffen werden. Durch das Pflegekompetenzgesetz soll darüber hinaus eine Grundlage für den Kompetenzzuwachs von Pflegefachpersonen geschaffen werden. Von besonderem Interesse sind dabei die Qualifikationen als Advanced Nurse Practitioner (ANP) und Community Health Nurse (CHN). Diese professionellen Berufsrollen könnten einen wesentlichen Beitrag zur eigenständigen Profilentwicklung, der Emanzipation des Pflegeberufs und somit der Weiterentwicklung der Profession Pflege insgesamt leisten. Für die pflegebedürftigen Menschen und deren An- und Zugehörige lassen diese Entwicklungen einen positiven Einfluss auf die Versorgungsqualität und Patientensicherheit erwarten.

*The academisation of the nursing profession began in the 1990s and continues to this day. The increasing demands and challenges facing the nursing profession are also to be met by promoting academisation. Legislative reforms and initiatives create a binding basis for this. For example, the Pflegeberufegesetz and the Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) have created more attractive study conditions in terms of content, structure and funding. The Pflegekompetenzgesetz is also intended to create a basis for increasing the competence of nursing professionals. In this case, the Advanced Nurse Practitioner (ANP) and Community Health Nurse (CHN) qualifications are of particular interest. These professional roles could make a significant contribution to independent profile development, the emancipation of the nursing profes-*

*sion and thus the further development of the nursing profession as a whole. These developments are expected to have a positive impact on the quality of care and patient safety for people in need of care and their relatives.*

## 10.1 Einleitung

Der Pflegeberuf ist seit geraumer Zeit von Wandel und Flexibilität durch sich stetig ändernde Anforderungen und Herausforderungen geprägt. In diesem Zusammenhang wird seit vielen Jahren eine intensive Debatte zur Akademisierung des Pflegeberufs geführt, die untrennbar mit dem Begriff der Professionsentwicklung verbunden ist. Professionsentwicklung in der Pflege ist gekennzeichnet durch die Etablierung von Grundlagenwissen, Autonomie und Gemeinwohlorientierung (Cassier-Woidasky 2011). In den vergangenen drei Jahrzehnten hat die fachwissenschaftliche Forschung den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn, den Gewinn von Grundlagenwissen und empirischer Evidenz entscheidend vorangetrieben, sodass wissenschaftliche Erkenntnisse der direkten Versorgung pflegebedürftiger Menschen zugutegekommen sind. Bislang ist es der Profession Pflege nicht gelungen, eine berufliche Autonomie zu erlangen, die die Pflege grundlegend von den Aufgaben der ärztlichen Assistenz emanzipiert und eine eigenständige Profilentwicklung zulässt. Diese ist elementar, um von einer echten Professionsentwicklung sprechen zu können (ebd.).

Die Gemeinwohlorientierung als traditionell und historisch gewachsene Kategorie ist dem Pflegeberuf seit jeher immanent. Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2003 das Berufsgesetz novelliert und erstmals die gesetzliche Möglichkeit geschaffen, Pflege im Rahmen von Modellvorhaben auf Grundlage der Modellklausel (Bundesministerium für Justiz 2003) zu studieren (vgl. KrPflG § 4 Abs. 6). Das Ergebnis dieser Reform war ein äußerst heterogenes Angebot an Pflegestudiengängen ohne einheitliche curriculare Strukturen mit standardisierter inhaltlicher Aus-

richtung. Der gewünschte Erfolg der bereits 1973 vom Wissenschaftsrat geforderten Akademisierungsquote, 5 bis 10 % der Pflegenden hochschulisch auszubilden, blieb aus. Vielmehr beschränkte sich die Akademisierung der Pflege auf die Bereiche Management, Pädagogik und Pflegewissenschaft. Die Akademisierungsquote von Pflegenden in der direkten Versorgung lag hingegen im Jahr 2022, also 50 Jahre später, bei lediglich 3 % (Gaidys 2022).

In den vergangenen Jahren ist die Debatte um die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe, insbesondere des Pflegeberufs, in den Fokus verschiedener politischer Entscheidungsträger gerückt. Der demographische Wandel und die damit verbundene Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität bei pflegebedürftigen Menschen sowie die Veränderung von Einrichtungsstrukturen, Rahmenbedingungen und die fortschreitende Digitalisierung stellen sowohl neue als auch steigende An- und Herausforderungen an die Profession. Dabei erhöhen Fortschritte in der Behandlung und Rehabilitation sowie der zunehmende Einsatz technologischer Innovationen zusätzlich den Druck und erfordern veränderte und ausdifferenzierte Tätigkeitsprofile von Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzprofilen. All diese Anpassungen erfolgen im laufenden Prozess bei unzureichenden personellen und finanziellen Ressourcen.

Diese Faktoren haben zu einer intensiven Auseinandersetzung innerhalb der Profession Pflege geführt, den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen durch die Entwicklung neuer, zeitgemäßer und erweiterter Aufgabenprofile zu begegnen. Dabei hat die Akademisierung einen besonderen Stellenwert. Auch politische Entscheidungsträger haben die besondere Dringlichkeit erkannt, sodass in jüngster Vergangenheit mehrere Gesetze und Gesetzesinitiativen auf den Weg gebracht wurden.

## 10.2 Wandel der Pflegeausbildung

Wie Kälble in seinen Ausführungen anmerkt, haben sich „die Ausbildungsprofile der Pflegeberufe [...] im Laufe des vergangenen Jahrhunderts von kaum qualifizierten Arbeitspositionen zu Berufen mit dreijähriger Ausbildung auf der Grundlage gesetzlicher Regelungen entwickelt [...]“ (Kälble 2013). So konnten Absolventen und Absolventinnen der Pflege bis 2020 in den drei Ausbildungsbereichen Altenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Gesundheits- und Krankenpflege ihren Berufsabschluss nach dreijähriger Berufsausbildung, dem Ablegen einer staatlichen Prüfung und dem Antrag auf das Tragen der entsprechenden staatlich anerkannten Berufsbezeichnung erlangen.

Die Berufsbezeichnung Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege löste die bis dahin existierende Bezeichnung Krankenschwester bzw. Krankenpfleger ab. Ablauf, Umfang und Anforderungen an die Zugangsvoraussetzungen sowie Prüfungsarten etc. wurden in den damaligen Berufegesetzen (KrPflG; AltPflG) und den zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (KrPflAPrV; AltPflAPrV) geregelt. Die Hoheit über deren Inhalte besaßen Fachschulen oder staatlich anerkannte Gesundheitsfachschulen bzw. sogenannte Schulen der besonderen Art. So wurden die schriftlichen und mündlichen Abschlussprüfungen entweder zentral in Absprache und Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden (bspw. Senatsverwaltungen/Sozial- und Gesundheitsministerien) oder dezentral durch die jeweilige Bildungseinrichtung selbst koordiniert und durchgeführt (Strube-Lahmann et al. 2016).

Die zu dieser Zeit bestehenden Rahmenbedingungen für die Pflegeausbildung waren, insbesondere durch die in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen gekennzeichneten Inhalte, von einer mangelnden Anbindung

an pflegewissenschaftliche Erkenntnisse geprägt (Kälble 2008, 2013). Auch die Herabsetzung der Zugangsvoraussetzungen zum Beruf im Jahre 2009 auf Personen mit Hauptschulabschluss wirkte einem adäquaten Professionalisierungs- und Akademisierungsbestreben zunächst entgegen. Ein weiteres Problemfeld war die Zuordnung des Berufs zu den Sozial- und Gesundheitsministerien, was eine Anbindung an das Berufsbildungssystem und damit eine Qualitätssicherung verhinderte (ebd.). Eine im Jahr 2012 eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe setzte sich das Ziel, „Eckpunkte zur Vorbereitung eines neuen Pflegeberufgesetzes“ zu erstellen, um den eingangs beschriebenen wachsenden Anforderungen und den aus pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen gewonnenen Überzeugungen, Pflege weniger an spezifischen Altersgruppen auszurichten, entgegenzuwirken (Kälble 2013).

### 10.2.1 Erste Phase

Insgesamt lässt sich die Akademisierung des Pflegeberufs in drei Phasen unterteilen. So etablierten sich in der **ersten Phase** in den Jahren 1990 bis 1995 erste pflegebezogene Studiengänge, ausgelöst durch die Debatte um einen drohenden Pflegenotstand in den 1980er Jahren. Dabei waren diese Studiengänge überwiegend an Fachhochschulen, einige wenige an Universitäten angesiedelt (Kälble 2001; Schaeffer 2002). Entgegen europäischen Bestrebungen und Tendenzen zur Akademisierung des Pflegeberufs im Sinne einer ganzheitlichen versorgungsorientierten Pflege konzentrierte man sich auf nationaler Ebene auf die Schaffung von Pflegemanagement- und Pädagogikstudiengängen (Schaeffer 2011). So etablierten sich bis in die 2010er Jahre deutschlandweit etwa 60 pflegebezogene Studiengänge (Adler und von dem Knesebeck 2010). Diese waren zu etwa 80 % auf Fachhochschulebene und mit weniger als 20 % auf universitärer Ebene angesiedelt (ebd.). Zudem konnten einige wenige pflegewissenschaftliche Studi-

engänge etabliert werden. Davon befand sich der überwiegende Teil an Fachhochschulen, die heutzutage als Hochschulen der angewandten Wissenschaften bezeichnet werden (Kälble 2013). Lediglich sechs dieser Studiengänge wurden an Universitäten verortet, denen das Promotions- und Habilitationsrecht vorbehalten war. Darüber hinaus wurden deutschlandweit vereinzelte Studiengänge zur direkten Versorgung von pflegebedürftigen Menschen eingerichtet, durch die allerdings weder ein Erlangen der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpflege noch eine Berufszulassung ermöglicht wurde (ebd.). Diese Entwicklungen führten zu Kritik, v. a. aufgrund der langen Ausbildungsdauer von durchschnittlich sieben Jahren, da die Zugangsvoraussetzung zu den additiven Studiengängen die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife war. Hinzu kam eine dreijährige pflegerische Berufsausbildung. Insgesamt blieb ein bedeutender An Schub zur Professionsentwicklung in Richtung Akademisierung des Pflegeberufs aus.

### 10.2.2 Zweite Phase

Mit dem Bologna-Prozess wurde Anfang der 2000er Jahre die **zweite Phase** der Akademisierung des Pflegeberufs auf den Weg gebracht. Mehrere Faktoren führten dazu, dass das Hochschulsystem sich veränderte. Die Einführung des ECTS-Systems und die Orientierung am Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) ließen Bachelor- und Masterstudiengänge entstehen. Zudem wurde ein Schritt in Richtung horizontale Durchlässigkeit für den europäischen Raum gemacht. Daneben hat sich auch die vertikale Durchlässigkeit für Berufsangehörige deutlich verbessert. Seit 2009 war es mit Beschluss der Kultusministerkonferenz (KMK) nun auch regulär möglich, ohne Hochschulzugangsberechtigung über berufliche Qualifizierung ein Pflegestudium aufzunehmen. Dabei wurde die Möglichkeit geschaffen, bisher erworbene Kompetenzen bis zu 50 % über pauschale Anrechnungsverfahren auf das Studium anzuerkennen (Kälble 2013).

Über die Möglichkeit, berufsbegleitend zu studieren, sowie durch duale und berufsintegrierende (d. h. Teile der theoretischen Ausbildung sind an der Hochschule, andere an der Fachschule verortet) Studiengänge konnte das berufliche und akademische Ausbildungssystem erstmals besser miteinander verknüpft werden (Kälble 2013). Dabei waren die Hochschulen nun herausgefordert, über Dauer, Inhalte, anzubahnende Kompetenzen und Qualifikationsziele sowie – eine bis heute andauernde Diskussion – über die Einmündung der Absolventen und Absolventinnen in den Arbeitsmarkt zu bestimmen. Hinzu kam die über das KrPflG im Jahre 2003 eingeführte Modellklausel. Die Folge war die eingangs beschriebene Heterogenität der daraufhin entstandenen Studienangebote in Deutschland (ebd.). Mit Blick darauf regte der Wissenschaftsrat in seinen Empfehlungen im Jahr 2012 einen „Ausbau von grundständigen Studiengängen mit dem Ziel eines zur unmittelbaren Tätigkeit am Patienten befähigenden pflege-, therapie- oder hebammenwissenschaftlichen Bachelor-Abschlusses“ an.

### 10.2.3 Dritte Phase

Damit war die **dritte Phase** des Akademisierungsprozesses eingeleitet. Auf Grundlage dieser Änderungen und unter Anwendung der sogenannten Modellklausel war es nun erstmals möglich, Pflege primärqualifizierend zu studieren: Das heißt, die Absolventen und Absolventinnen konnten neben dem Bachelorabschluss den ersten berufsqualifizierenden Abschluss (bspw. Gesundheits- und Krankenpflege) erwerben. Nach dem Willen des Wissenschaftsrats sollten die neu gegründeten primärqualifizierenden Studiengänge reflektierte Praktiker und Praktikerinnen hervorbringen. Somit adressierte die Einrichtung primärqualifizierender Studiengänge – wenn auch zunächst ausschließlich unter Nutzung der Modellklausel des Berufegesetzes – einen bislang neuen Ansatz, der sich nicht auf additive Studienmodelle stützte. Diese positiven Entwick-

lungen, die sich mit der Pflegeberufereform und dem Inkrafttreten des Pflegeberufegesetzes (PflBG) 2020 fortsetzten, indem das primärqualifizierende Pflegestudium erstmals ohne Zuhilfenahme einer Modellklausel regulär gesetzlich verankert wurde, führten allerdings nicht dazu, dass die gewünschte Akademisierungsquote von 10 bis 20 % der Pflegefachpersonen erreicht wurde. Hintergrund waren die komplizierten Rechtslagen aus Berufs- und Hochschulgesetzen sowie die defizitäre und unklare Finanzierung der hochschulischen Pflegeausbildung, die bis Ende des Jahres 2023 andauerten.

## 10.3 Pflegeberufereform

### 10.3.1 Pflegeberufegesetz

Im Jahr 2017 verabschiedete der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflB-RefG). Dabei enthält Art. 1 des PflBRefG das Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG), das am 1. Januar 2020 in Kraft trat. Mit diesem Gesetz wurde eine langjährig vorbereitete Reform umgesetzt, die auf aktuelle Versorgungsbedarfe und -strukturen ausgerichtet ist und einerseits die Versorgungsqualität verbessern und andererseits dem zunehmenden Fachkräftemangel entgegenwirken soll, indem die Attraktivität des Pflegeberufs erhöht und die Ausbildungsqualität gestärkt wird. So werden seit Jahren verstärkt Maßnahmen getroffen und Initiativen gestartet, um den Pflegeberuf aufzuwerten. Fokussiert wird insbesondere darauf, junge Menschen für den Beruf zu begeistern, Berufsaussteigende in den Beruf zurückzuholen, aber auch alternative Wege der Fachkräftegewinnung in den Blick zu nehmen. Untersuchungen weisen seit Jahren auf einen kontinuierlich steigenden Fachkräftebedarf hin (Schwinger et al. 2020), dem auch mit erheblichen Anstrengungen und einem veränderten Qualifikationsmix nur begrenzt erfolgreich begegnet werden kann (Hackel 2020).

Veränderungen in den Versorgungs- und Einrichtungsstrukturen, die Technisierung und Digitalisierung, die notwendige intra- und interprofessionelle sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit, eine steigende Lebenserwartung und die damit verbundene Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität sowie der Anstieg an (hoch-)komplexen Versorgungssituationen in allen Pflege-settings führen zu erhöhten Anforderungen an den Pflegeberuf und insgesamt zu einem veränderten, modernen Pflegeverständnis. Dieses ist Grundlage des PflBG, das die bislang bestehenden Ausbildungsberufe Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einer generalistischen Pflegeausbildung mit einem einheitlichen Berufsabschluss als Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann zusammenführt. In dieser werden, unter Berücksichtigung des pflegewissenschaftlichen Fortschritts, übergreifende pflegerische Kompetenzen zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen und in allen Versorgungssettings vermittelt. Dabei ist es neben der generalistischen Pflegeausbildung derzeit auch noch möglich, sich für einen Berufsabschluss oder eine Schwerpunktsetzung in den Bereichen Altenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu entscheiden.

### 10.3.2 Pflegeberufegesetz: Umsetzung

Erstmals verankert das PflBG über den § 37 PflBG die hochschulische Pflegeausbildung, was das nationale Pflegebildungssystem aus der langjährigen Sonderrolle herausholt. Somit stehen über das PflBG zwei Qualifizierungswege zur Verfügung: einerseits die dreijährige berufliche Pflegeausbildung, andererseits die hochschulische Pflegeausbildung, die im Rahmen primärqualifizierender Studiengänge im tertiären Bildungsbereich angesiedelt ist. Mit dem Berufsabschluss genießen Absolventen

und Absolventinnen der dreijährigen, generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung sowie die der hochschulischen Pflegeausbildung europäische Anerkennung. Dabei wird im Pflegestudium neben dem Berufsabschluss der erste akademische Grad – Bachelor – erworben. Auch wenn in vielen europäischen Ländern bzw. weltweit die Pflegeausbildung grundsätzlich voll akademisiert ist, erfolgte mit der Teilakademisierung des Pflegeberufes ein wichtiger und notwendiger Schritt in der (Weiter-)Entwicklung der Profession Pflege. Für die berufliche Ausbildung regelt der § 5 PflBG die Ausbildungsziele, für die hochschulische Pflegeausbildung hingegen der § 37 PflBG. Zudem kann – im Gegensatz zur beruflichen Ausbildung – im Rahmen der hochschulischen Pflegeausbildung die Vermittlung zusätzlicher Kompetenzen vorgesehen werden (PflBG § 37 Abs. 4). Den Absolventen und Absolventinnen der generalistischen sowie hochschulischen Pflegeausbildung werden zudem über den § 4 PflBG erstmals vorbehaltene Tätigkeiten (syn. Vorbehaltsaufgaben) wie die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege gesetzlich zugesprochen. Für Absolventen und Absolventinnen mit Berufsabschluss oder Schwerpunktsetzung in der Altenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege hingegen besteht sowohl mit Blick auf die europäische und internationale Anerkennung als auch im Hinblick auf die Ausübung der Vorbehaltsaufgaben eine Einschränkung bzw. ein eingeschränkter Vorbehalt (Deutscher Pflegerat 2024). Insgesamt kann die berufsrechtliche Verankerung der Vorbehaltsaufgaben als ein Meilenstein in der Professionalisierung der Pflegeberufe eingeordnet werden. Dabei wirken die in § 4 PflBG geregelten Vorbehaltsaufgaben absolut und nicht nur relativ, das heißt, dass diese den Pflegefachpersonen exklusiv übertragen werden (Deutscher Pflegerat 2024).

### 10.3.3 Pflegeberufegesetz: Chancen und Herausforderungen

Das Pflegeberufegesetz und die damit verbundene Einführung einer generalistisch ausgerichteten beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung lassen einen positiven Einfluss auf die Versorgungsqualität erwarten. Zudem kann das Pflegeberufegesetz einen aktiven Beitrag gegen den Fachkräftemangel leisten, da durch diese Berufereform der Pflegeberuf aufgewertet und attraktiver werden soll. Der Blick auf aktuelle Ausbildungszahlen zeigt, dass im Jahr 2023 rund 54.400 Menschen eine Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann begonnen haben. Dabei stieg die Zahl der Neuverträge im Vorjahresvergleich um 4 % an (Bibliomed Pflege 2024). In Bezug auf die Versorgungsqualität und -sicherheit zeigten Untersuchungen über die Ergebnisse des Einsatzes von akademisch ausgebildetem Pflegepersonal verbesserte Patientenoutcomes. So konnten eine Reduktion von Druckgeschwüren, Stürzen mit Verletzungen und Harnwegsinfektionen sowie postoperativen tiefen Beckenvenenthrombosen und Lungenembolien, aber auch eine Reduktion der Verweildauer, Wiederaufnahmerate, Inanspruchnahme der Notfallversorgung sowie von Mortalität nach erlittener Komplikation und bei Herzinsuffizienz nachgewiesen werden (Aiken et al. 2014; Aiken et al. 2017; Blegen et al. 2013; Butler et al. 2019; Kutney-Lee et al. 2013). In Bezug auf die Verringerung von Mortalitätsraten konnten Aiken et al. in ihrer Arbeit, in der u. a. die postoperative Sterblichkeit in neun europäischen Ländern untersucht wurde, nachweisen, dass zum einen eine steigende Arbeitsverdichtung bei Pflegenden die Wahrscheinlichkeit von Todesfällen im Krankenhaus erhöht und zum anderen eine Zunahme von Pflegefachpersonen mit einem Bachelorabschluss mit einem Rückgang der Mortalitätsrate im Krankenhaus verbunden ist. So führte eine Erhöhung der Anzahl von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss von 10 % dazu, dass die Wahr-

scheinlichkeit der postoperativen Sterblichkeit bis zu 30 Tagen nach der Operation um 7 % und Misserfolge nach erlittener Komplikation um 2 % abnahmen (Aiken et al. 2014). Beachtet man nun, dass die hauptsächliche Versorgung nicht im klinischen, sondern im ambulanten Setting stattfindet und die Akademisierungsrate von eingesetztem Pflegefachpersonal dort noch geringer ausfällt, sollte auf die ambulante Versorgung ein besonderer Fokus gelegt werden. Im Jahr 2018 waren insgesamt 3,16 % der Pflegenden an Universitätskliniken akademisch qualifiziert, von denen 2,11 % in der direkten Versorgung tätig waren. In Bezug auf die Langzeitversorgung verfügten allerdings nur 0,1 % (ambulant) bzw. 0,2 % (stationär) der Pflegenden über einen akademischen Abschluss (Rothgang et al. 2017). Ähnliche Ergebnisse konnten Suhr et al. nachweisen. In der Untersuchung „Strukturparameter und pflegerische Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege“ zeigte sich, dass weniger als 1 % der Pflegenden einen akademischen Abschluss besaßen (Suhr et al. 2019). Insgesamt ist davon auszugehen, dass Absolventen und Absolventinnen primärqualifizierender Studiengänge und weiterer Bachelor- und Masterstudiengänge in der Pflege eine höhere Kompetenz in Bezug auf wissenschaftliches Arbeiten, Reflexionsfähigkeit, traditions- und regelgeleitetes Wissen in der Praxis, die Fähigkeit zur Professionsentwicklung sowie zum fachlichen Austausch im interprofessionellen Team aufweisen (Darmann-Finck et al. 2014). Gerade auf dieser Grundlage können Fragestellungen aus der Versorgungspraxis Eingang in wissenschaftliche Untersuchungen finden und andersherum. Absolventen und Absolventinnen entsprechender Pflegestudiengänge werden über Kompetenzen verfügen, aktuelle Studien zu recherchieren, zu interpretieren, einzuordnen und entsprechend zu nutzen und somit die Versorgungsqualität zu stärken. Zudem können sie im intraprofessionellen Team (Qualifikationsmix) als Multiplikatoren und Multiplikatorinnen fungieren, um Forschungsergebnisse in die Praxis zu implementieren. So kann das Wissen um aktuelle Ergebnisse aus

Studien helfen, vulnerable Gruppen besonders in den Blick zu nehmen, auf dieser Grundlage die pflegerische Versorgung individuell und bedarfsgerecht auszurichten und darüber hinaus neues Wissen in das Pflegeteam zu tragen.

### 10.3.4 Pflegestudiumstärkungsgesetz

Neben dem Pflegeberufegesetz konnten weitere Gesetze bzw. Gesetzesinitiativen auf den Weg gebracht werden. So trat am 1. Januar 2024 das Pflegestudiumstärkungsgesetz (Pfl-StuStG) in Kraft, das als sogenanntes Omnibusgesetz neben „fachfremden“ Änderungsanträgen (bspw. der Katalog für ambulantes Operieren) im Besonderen die Ausbildungsvergütung für die Studierenden primärqualifizierender Pflegestudiengänge, die Refinanzierung der Praxisanleitung sowie die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten regelt und zudem den notwendigen Kompetenzerwerb hinsichtlich technologischer Innovationen adressiert. Darüber hinaus wurden Eckpunkte für ein Pflegekompetenzgesetz formuliert, außerdem wird im Herbst 2024 das ANP-(Advanced Nurse Practitioner-)Gesetz erwartet. Zudem wurde am 4. März 2024 die Änderung der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Mindestanforderungen an die Ausbildung der Berufe der Krankenschwester und des Krankenpflegers für allgemeine Pflege, des Zahnarztes und des Apothekers vorgenommen (Europäische Kommission 2024). Dabei müssen neue, weitere Fähigkeiten oder Kenntnisse in der Pflegeausbildung nachgewiesen werden. Neben umfassenden Kenntnissen in den Wissenschaften und weiteren Aspekten müssen im theoretischen Unterricht die evidenzbasierte Pflegepraxis und Forschung adressiert werden. Zudem wurden folgende Aspekte ganz neu aufgenommen:

- die Fähigkeit, einen wirksamen Führungsansatz und Entscheidungskompetenzen zu entwickeln,

- Kenntnis der technischen Innovationen in den Bereichen Gesundheitsversorgung und Pflegemethoden.

Wie bereits erwähnt betont das PflStuStG ausdrücklich die Bedeutung digitaler Kompetenzen, indem es ein Grundverständnis „im Umgang mit digitalen Technologien und Softwareanwendungen und für die Funktionsweise von Endgeräten, um pflegerelevante Hard- und Software, insbesondere digitale Pflegedokumentations- und -assistenzsysteme, bedienen zu können“ (PflStuStG, Anlage 1 zu § 7 Satz 2) fordert. Die digitale Transformation und die damit verbundene Nutzung technologischer Innovationen zur Unterstützung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen und Optimierung der Arbeitsorganisation gewinnen zunehmend an Bedeutung. Auch vor dem Hintergrund der vorbehaltenen Tätigkeiten wird das Thema Digitalisierung immer wichtiger. Pflegefachpersonen werden künftig technologische Innovationen, elektronische Geräte, mobile eHealth-Lösungen, aber auch Systeme zur telebasierten Versorgung gezielt, individuell und bedarfsgerecht auswählen und anwenden müssen.

### 10.3.5 Pflegestudiumstärkungsgesetz: Chancen und Herausforderungen

Auch wenn die beschriebenen Gesetzesänderungen und der damit verbundene Kompetenzzuwachs als positive Entwicklung für die Profession Pflege einzuordnen sind, so stellen diese an alle am Versorgungsprozess Beteiligten – von den Versorgungseinrichtungen bis hin zu den Bildungseinrichtungen – hohe Anforderungen und neue Herausforderungen.

Neben einer Vielzahl rechtlicher Aspekte und Hürden, die mit der Umsetzung des PflBG und dem PflStuStG einhergehen, gilt es staatlich anerkannte Fachweiterbildungen für die Bereiche Pädiatrie und Geriatrie anzubieten, um den Rückgang der Auszubildenden in den benannten Bereichen aufzufangen. Darü-

ber hinaus sollten auf Grundlage der geänderten EU-Richtlinie für die neu zu erwerbenden Fähigkeiten, Kenntnisse und Kompetenzen verbindliche und standardisierte Qualifikationsziele und Kompetenzbeschreibungen Eingang in die entsprechenden Gesetze und Verordnungen finden, da diese richtungsweisend für die Inhalte in den jeweiligen curricularen Strukturen der Bildungseinrichtungen sind. Zudem gilt es Rollen- und Tätigkeitsbeschreibungen für die Absolventen und Absolventinnen der verschiedenen Qualifikationsniveaus in der Pflege, insbesondere der akademischen Pflegefachpersonen, zu entwickeln und bereitzustellen.

Dazu gab es in den vergangenen Jahren bereits einige erste Einordnungsversuche und Zuschreibungen, häufig bezogen auf den Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen insbesondere im Kontext von Universitätskliniken (Bergjan et al. 2021; Tannen et al. 2017). Dabei gilt es in Bezug auf das gesamte Versorgungssystem, den aktuellen Herausforderungen angemessen zu begegnen, gezielte Lösungsansätze auf Grundlage der besten verfügbaren Evidenz herauszuarbeiten und begründete Entscheidungen zu treffen. In den vergangenen Jahren haben Experten und Expertinnen der Fachverbände aus Deutschland (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft), Österreich und der Schweiz ein Papier erstellt, das Maßnahmen zur Förderung und zum Einsatz akademischer Pflegefachpersonen im gesamten Versorgungssystem sowie Lösungsansätze und Evidenzen in der aktuellen Gesundheitsversorgung aufzeigt. Dieses Papier wird derzeit aktualisiert, die Publikation wird Ende 2024/Anfang 2025 erwartet (siehe  Abb. 10.1).

Zudem haben Experten und Expertinnen der Universität Kiel im Auftrag des Deutschen Pflegerates (DPR) die Bildungsarchitektur in der Pflege untersucht. In der kürzlich erschienenen Vorabpublikation geben sie Empfehlungen für die Pflegebildung von morgen (von Gahlen-Hoops und Genz 2024).

## 10.4 Professionelle Berufsrollen von Pflegenden

Die angestoßenen Akademisierungsprozesse in Deutschland führen auch zur Frage, in welchen Rollen-, Aufgaben- und Tätigkeitsprofilen hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen zukünftig in den Versorgungsprozess einmünden sollen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im Jahr 2023 mit seinem „Kurzpapier: Vorläufige Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz“ angestoßen, entsprechende Masterstudiengänge im Bereich Advanced Nursing Practice (ANP) zu konzipieren (BMG 2023a). Der International Council of Nursing (ICN) definiert die Advanced Nurses Practice (ANP) als „[...] Pflegefachpersonen mit akademischer Zusatzqualifikation [...], die in spezifischen sektoralen Versorgungsbereichen autonom arbeiten. Sie verfügen über Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinischen Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis.“ (DBfK 2019) Ihr Einsatz ist dabei vom Setting und von den rechtlichen Regelungen im jeweiligen Land abhängig. Voraussetzungen sind eine Zulassung als Pflegefachperson (Registered Nurse), Berufserfahrung und ein abgeschlossenes Masterstudium (ebd.). APN gilt somit als Überbegriff für spezialisierte, akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen. Das Berufsbild der APN blickt auf eine lange internationale Tradition bis in die 1960er Jahre zurück. Die ersten APN etablierten sich in Kanada und den USA. Zur Jahrtausendwende kamen die Niederlande, Australien, Irland und Neuseeland, kurze Zeit später auch Finnland hinzu (Müller 2022). Dort sind sie autorisiert, erweiterte Aufgaben in der Primärversorgung zu übernehmen. Es handelt sich dabei um die gesetzlich geregelte „Übernahme von ärztlichen Aufgaben“ (ebd.).

Im Sinne einer vertieften und erweiterten Versorgungspraxis kristallisierten sich fünf Kernaufgaben einer APN heraus (Hamric et al. 2013):

- ganzheitlicher Blick auf den pflegebedürftigen Menschen und sein soziales Umfeld in seinen Alltagsaktivitäten und im Gesundheitssystem,
- Aufbau einer therapeutischen Beziehung sowie partnerschaftliche Zusammenarbeit zum bzw. mit dem pflegebedürftigen Menschen und seinen Angehörigen,
- Wissens- und theoriegeleitete Entscheidungsfindung bei ethischen Grenzfragen auf Grundlage klinischen Erfahrungswissens,
- Best Practice durch evidenzbasiertes pflegerisches Handeln,
- Einsatz unterschiedlicher (wissenschaftlicher) Methoden.

In Deutschland ist das Berufsbild der APN bislang nur wenig verbreitet und zudem nicht einheitlich geregelt. Dabei ist die Entwicklung hierzulande längst noch nicht abgeschlossen, da eine gesetzliche Regulierung sowie Kompetenzbeschreibung möglicher Einsatzgebiete bisher ausgeblieben sind. National konnte sich bislang das Berufsbild der APN an nur wenigen Kliniken und Einrichtungen etablieren. Um den aktuellen Entwicklungen – besonders im Kontext der ambulanten Versorgung in ländlichen strukturschwächeren Regionen – entgegenzuwirken, fordert der DPR den Einsatz sogenannter Community Health Nurses (CHN), um die immer größer werdenden Versorgungslücken in der Primärversorgung schließen zu können (DPR 2022). Eine CHN ist eine APN-Rolle, „[...] die Menschen jeden Alters sowie deren Zugehörige in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Selbststärkung, sozialer Teilhabe und Gesundheitsversorgung begleitet, versorgt und berät“ (DPR 2022). Sie entwickelt für den Einzelnen oder für Gruppen Präventionsmaßnahmen, baut kommunale Netzwerke auf, um in der Zusammenarbeit mit anderen am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen den medizinisch-therapeutisch-pflegerischen Versorgungsprozess zu begleiten, zu steuern und zu optimieren (ebd.). Somit ist sie ein wesentliches Bindeglied für Pflegebe-

dürftige und ihre An- und Zugehörigen bzw. vulnerable Gruppen in der sektorübergreifenden Versorgung. Als spezialisierte ANP-Rolle ist ein Master-Studium im Bereich CHN unabdingbar.

Das Tätigkeitsprofil der CHN wird vom DPR wie folgt verstanden (DPR 2022):

- Sicherstellung eines lückenlosen, individuell-bedarfsgerecht abgestimmten Versorgungsprozesses über die Sektoren hinweg,
- erweiterte (heilkundliche) Kompetenzen im Pflegeprozess, wie dem Einsatz von Assessments, Koordination im diagnostischen Prozess, Routineverordnung von Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln,
- Gesundheitsförderung und Prävention zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung,
- Aufbau von regionalen Versorgungsstrukturen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung vor Ort,
- Umsetzung und Mitentwicklung digitaler Gesundheitsanwendungen und -strukturen.

## 10.5 Erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten

Eine konkrete Definition und rechtliche Einordnung heilkundlicher Tätigkeiten ist seit jeher schwer zu finden. Lediglich das Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde (HeilprG) definiert in § 1, Abs. 2 heilkundliche Tätigkeiten als „[...] jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen [...]“ (BMJ 2016). Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sagen in ihrer gemeinsamen Stellungnahme, dass die Ausübung von Heilkunde einer Berufszulassung oder Approbation als Arzt vorbehalten sei (BÄK und KBV 2008). Davon abzugrenzen ist der Begriff der Substitution, der die Übertragung bestimmter heilkundlicher Tätigkeiten auf nicht ärztliches Personal meint. Diese sei allerdings dann nicht zuläs-

sig, wenn bestimmte Leistungen eine besondere Schwierigkeit, Gefahr oder Unvorhersehbarkeit beinhalten, die besonderes ärztliches Fachwissen erfordern würden (ebd.). Für den Gesetzgeber entscheidend ist dabei allerdings vor allem die Abrechenbarkeit von Leistungen. Die eingangs beschriebenen Veränderungen und Herausforderungen für die Gesundheitsfachberufe führten zu einem Umdenken und einem ersten Vorstoß mit dem Modellprojekt nach § 63 Abs. 3c SGB V/§ 64d SGB V zur eigenständigen Ausübung heilkundlicher Aufgaben durch qualifizierte Pflegefachpersonen, die sich von der Substitution und Delegation durch ärztliches Personal unterscheiden, und den daraus resultierenden heilkundlichen Modulen der eingesetzten Fachkommission. Mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz und der Veröffentlichung „Vorläufige Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz“ Ende Dezember 2023 wurden Meilensteine für die Entwicklung der Profession Pflege auf den Weg gebracht. Dabei geht es einerseits um die Verbesserung der Arbeitsbedingungen im primärqualifizierenden Studium und die damit verbundene Finanzierung der Ausbildungsvergütung für die Studierenden und darüber hinaus um die Übernahme und Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen.

### 10.5.1 Pflegekompetenzgesetz: Auswirkungen auf die Akademisierung der Pflege

Mit dem Eckpunktepapier für die Gesetzesinitiative, dem Entwurf zum Pflegekompetenzgesetz, das zeitnah auf den Weg gebracht werden soll, plant das BMG besonders den ambulanten und Langzeitpflegesektor zu stärken sowie den Pflegefachpersonen erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten zuzusprechen. So gehen aus den Eckpunkten unter anderem folgende Vorschläge hervor (BMG 2023a):

- Stärkung der Befugnisse im ambulanten Bereich und in der Primärversorgung bis hin zu eigenständigen Verordnungen von

Leistungen der ambulanten Pflege sowie der eigenverantwortlichen Verordnung von Pflege- und Hilfsmitteln,

- Erprobung von eigenverantwortlicher Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit in der Langzeitpflege innerhalb eines Modellvorhabens,
- Aufhebung der Modellprogramme nach § 63 Abs. 3b und 3c sowie § 64d SGB V zur Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten und Übertragung dieser auf Pflegefachpersonen mit entsprechenden erweiterten Kompetenzen im Bereich der Wundversorgung, der Pflege von Menschen mit diabetischer Stoffwechsellaage und dementiellen Erkrankungen,
- Etablierung des Berufsbilds der Advanced Practice Nurse (APN) unter Einbezug der Community Health Nurse (CHN) mit Befugnissen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten, abhängig vom Grad der Akademisierung insbesondere im Langzeitpflegebereich sowie der ambulanten Versorgung,
- Aufbau entsprechender nationaler APN-Master-Studienstrukturen und Erleichterung der Weiterqualifizierung von Pflegefachpersonen im europäischen Ausland,
- Gründung einer bundesweiten Interessensvertretung für beruflich Pflegenden mit Befugnissen zur Weiterentwicklung des Berufsverständnisses und von Berufsrollen,
- Stärkung der politischen Einflussnahme des Amtes des oder der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung,
- Beteiligung beruflich Pflegenden am nationalen Katastrophen- und Krisenmanagement,
- Einmündung akademisierter Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege mit entsprechender tariflicher Absicherung,
- Einführung eines evaluierten Personalbemessungsverfahrens in der akuten stationären pflegerischen Versorgung zur Etablierung und Stärkung eines bedarfsgerechten Qualifikationsmix.

Der Deutsche Pflegerat (DPR) begrüßt diesen Vorstoß in seiner am 18.01.2024 veröf-

fentlichten Stellungnahme und merkt an, dass insbesondere die Aufhebung der Modellprogramme nach § 63 Abs. 3b und 3c sowie § 64d SGB V für die Professionsentwicklung von Bedeutung ist, da nun eine Orientierung an internationalen Standards überhaupt erst möglich werden kann. Neben der Orientierung am HQR und DQR bedeutet dies ebenso Orientierung am Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) und den Kompetenzen für Pflegefachpersonen auf den EQR-Stufen 6 (Bachelor) und 7 (Master). Auch die Etablierung des Berufsbilds der APN wird befürwortet und mit dem Hinweis versehen auf einen „[...] wirkungsvollen Skill-Grade-Mix mit definierten Aufgabenprofilen [...]“ hinzuarbeiten. Dies ist eine wichtige Voraussetzung zur Ausstattung von Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten in unterschiedlichen Versorgungssettings und auf unterschiedlichen Qualifikationsstufen. Der DPR (Deutscher Pflegerat 2024) unterstreicht die Notwendigkeit eines interprofessionellen Diskurses, auch um die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten in Abstimmung mit anderen heilkundeausübenden, insbesondere ärztlichen Berufen zu fördern. Hier ist vor allem die berufs- und leistungsrechtliche Ebene für die berufliche Pflege anzubahnen. Daneben wird ein Strukturförderprogramm zum Ausbau der pflegewissenschaftlichen und -pädagogischen Landschaft (Promotionsprogramme, Forschungszentren, Lehrstühle) gefordert. Dies ist unbedingt notwendig, um Bachelor- und Masterstudienprogramme auf nationaler Ebene einheitlich zu gestalten und etablieren zu können (Deutscher Pflegerat 2024). Auch vor dem Hintergrund steigender Anforderungen an die Qualität der praktischen Ausbildung wird hier empfohlen, anschlussfähige Studienprogramme zu konzipieren, die Praxisanleitende mindestens auf das Qualifikationsniveau ihrer Auszubildenden bzw. Studierenden hebt, was lt. Pflegeberufegesetz zukünftig verpflichtend ist und derzeit noch durch eine bis Ende 2029 geltende Übergangsregelung gelöst wird

und darüber hinaus durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz unterstützt wird.

### 10.5.2 Pflegestudiumstärkungsgesetz: Auswirkungen auf die Akademisierung der Pflege

Das Pflegestudiumstärkungsgesetz (Pfl-StudStG) ist ein weiteres Gesetz, das den Prozess der Professionalisierung in der Pflege aktiv unterstützt. Es ist am 1. Januar 2024 in Kraft getreten und gilt als wertvolle Ergänzung zum 2020 in Kraft getretenen Pflegeberufegesetz (PflBG). Dabei regelt es bisher offene Fragestellungen, insbesondere für die akademische Pflegeausbildung, und führte unter anderem zu folgenden Verbesserungen (BMG 2023b):

- Studierende erhalten für die gesamte Zeit ihrer akademischen Ausbildung eine Vergütung. Dies gilt auch für Studierende, die bereits ein Studium aufgenommen haben, ohne Auswirkung auf Struktur und Organisation des Studiengangs.
- Der praktische Teil der hochschulischen Ausbildung soll in das bestehende Finanzierungssystem integriert werden. Die hochschulische Ausbildung wird als duales Studium organisiert, ein Ausbildungsvertrag ist verbindlich.
- Es erfolgt eine Refinanzierung der Praxisanleitung für die jeweilige Praxiseinrichtung.
- Es gibt eine gesetzliche Vorgabe zum Mindestumfang der zu erbringenden Praxisanleitung von 10 %, analog den Vorgaben für die berufliche Pflegeausbildung
- Es besteht die Möglichkeit der anwendungsorientierten Parcoursprüfung.
- Auslandsaufenthalte, gendermedizinische Aspekte und aktuelle Entwicklungen in der Pflege wie die Digitalisierung erhalten einen größeren Stellenwert.
- Es wird eine Ergänzung der Berufsbezeichnung als Pflegefachperson vorgenommen.

- Ausländische Fachkräfte erhalten einen vereinfachten Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt im Zuge vereinheitlichter Anerkennungsverfahren und des Abbaus bürokratischer Hürden.

Darüber hinaus wird die Gesamtverantwortung der Hochschulen gestärkt und für die praktische Anleitung Umfang und Finanzierung geregelt. Positiv hervorzuheben ist dabei ebenfalls, dass heilkundliche Kompetenzen im Bereich der diabetischen Stoffwechsellage, der Versorgung von Wunden und von Menschen mit dementiellen Veränderungen in die Ausbildungsziele der hochschulischen Ausbildung aufgenommen worden sind (DPR 2023; Gaidys 2024). Doch bei allen positiven Tendenzen bleiben einige Punkte, die es zu kritisieren gilt. Dies beginnt bei der Verwendung von Begrifflichkeiten wie „Ausbildungsvertrag“ oder „Arbeitnehmende“, die eine klare Abgrenzung von der beruflichen Ausbildung vermissen lassen (Gaidys 2024). Auch die Gesamtverantwortung der Hochschulen für die Durchführung der theoretischen und praktischen Studienanteile muss weiterhin gestärkt werden. Die Hochschulen schließen zwar Verträge mit kooperierenden Praxiseinrichtungen ab, diese wiederum schließen eigene Verträge mit anderen kooperierenden Einrichtungen zur Erfüllung der zu erbringenden Praxisstunden laut PflBG ab. Somit entfällt ein großer Teil der Qualitätssicherung durch die Hochschulen für die praktischen Studienanteile (ebd.). Auch der DPR fordert in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf (DPR 2023) eine Regulierung dieser Problematik durch eine rechtliche Verankerung, um den Empfehlungen des Wissenschaftsrats (WR 2012) eines primärqualifizierenden, praxisintegrierenden Studiums gerecht zu werden. Dabei muss die enge Verzahnung von Hochschule und Praxiseinrichtung erfolgen. Der DPR empfiehlt dahingehend eine aus dem Ausbildungsfonds finanzierte Entwicklung „[...] qualifikationsübergreifender Konzepte für eine partizipative Praxisentwicklung [...]“ (DPR 2023).

Die Festlegung ausgewiesener heilkundlicher Tätigkeiten ist zunächst sehr zu begrüßen. Unklar bleibt dabei die Stellung altrechtlich ausgebildeter Pflegefachpersonen, insbesondere aus dem Bereich der Alten- und Kinderkrankenpflege, die sich durch additive Studienangebote weiterqualifiziert haben. Diese haben nach dem bisherigen Verständnis der gesetzlichen Entwicklungen weder ein vollumfängliches Recht zur Ausübung der Vorbehaltsaufgaben noch der heilkundlichen Tätigkeiten, die nur den primärqualifizierten Pflegenden in erweiterter Art vorbehalten sind.

## 10.6 Ausblick – Implikationen für die Praxis

Die Entwicklung der Profession Pflege ist abhängig von der politischen Entscheidung, Pflege im Rahmen der kommenden Gesetzgebungsverfahren mehr Gewicht und Einflussnahme im Rahmen der Selbstverwaltungspartner des Gesundheitswesens zu geben. Um die Kompetenzen von Pflegefachpersonen im heutigen und künftigen Gesundheits- und Versorgungswesen besser abzubilden und damit die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu sichern, braucht es institutionalisierte staatliche Pflegevertretungsstrukturen auf der Bundes- und Landesebene (Vogler und Druyen 2024).

Mit Blick auf die Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen muss neben den rechtlich geschaffenen Voraussetzungen auch eine Möglichkeit der transparenten Abrechenbarkeit erbrachter Leistungen im Sozialrecht geschaffen werden. Im Rahmen der Ausübung der heilkundlichen Tätigkeiten wird Pflegefachpersonen das Ausstellen von Verordnungen zugesprochen. Auch wenn dieser Kompetenzzuwachs in Teilen kritisch diskutiert wird, ist davon auszugehen, dass im Rahmen eines qualitativ hochwertigen Pflegestudiums die entsprechenden Kompetenzen entwickelt werden können. Hier können die positiven Erfahrungen anderer Länder genutzt werden. So sei an dieser Stelle

auf eine Studie mit mehr als 73.000 Hausärzten und Hausärztinnen und Nurse Practitioners in 29 Bundesstaaten in den USA verwiesen, in denen Nurse Practitioners im Studienzeitraum von 2013 bis 2019 eine Verschreibungsbefugnis hatten. Dabei konnte gezeigt werden, dass Nurse Practitioners genauso gut wie Ärzte rezeptierten, da in beiden Gruppen im Durchschnitt etwa 1,7 unangemessene Rezepte auf 100 ausgestellte Rezepte entfielen (Huynh et al. 2023).

Aufgrund der vorgenommenen Veränderungen und der damit einhergehenden Refinanzierung der Praxisanleitung sowie der Finanzierung der Ausbildungsvergütung für die Studierenden sowohl in den theoretischen als auch den praktischen Studienanteilen wird eine steigende Anzahl an Studieninteressierten sowie Studierenden für die Primärqualifikation in der Pflege erwartet. Mit Blick auf ein flächendeckend hochwertiges und qualitätsgesichertes primärqualifizierendes Pflegestudium sollten bundeseinheitlich verbindliche curriculare Strukturen in den theoretischen und praktischen Studienanteilen (bspw. verbindliches Praxiscurriculum) geschaffen werden, die den Heterogenitätstendenzen entgegenwirken und zudem eine Vergleichbarkeit der Leistungen der Absolventen und Absolventinnen und somit ein Ranking zulassen. Zur besseren Vergleichbarkeit sollten nicht nur aufeinander abgestimmte (standardisierte) Lehr-, Lern- und Prüfungsmethoden Anwendung finden. Im Sinne einer besseren Vergleichbarkeit sollten vor allem Möglichkeiten identischer oder in hohem Maße vergleichbarer Prüfungsverfahren angestrebt werden. So könnten, ähnlich wie teilweise in der beruflichen Pflegeausbildung, von Fachgremien oder Kommissionen in entsprechenden Arbeitsgruppen Strukturvorgaben für die jeweiligen hochschulischen Prüfungsanteile erarbeitet werden (Strube-Lahmann et al. 2016; Strube-Lahmann et al. 2023). Ein Vergleich der Abschlussnoten von 2008 bis 2013 im Land Berlin konnte zeigen, dass zentral gestellte schriftliche Prüfungen sich durch ihre normalverteilten Ergebnisse auszeichnen und die Leistungen der Prüfungs-

teilnehmenden im positiven Sinne gut diskriminieren konnten (Strube-Lahmann et al. 2016).

Insgesamt lassen die aufgezeigten Entwicklungen einen positiven Blick in die Zukunft zu. Dabei sind durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen wie das PflBG, das PflStuStG sowie das geplante Pflegekompetenzgesetz entscheidende Weichen für die primärqualifizierende akademische Pflegeausbildung gestellt worden. Zudem lässt das geplante ANP-Gesetz eine positive Auswirkung auf neue Rollen-, Tätigkeits- und Kompetenzprofile erwarten, die den steigenden Herausforderungen entsprechen und sich konsistent in den europäischen und internationalen Standard der Kompetenzprofile und Qualifikationsniveaus in der Pflegebildung einordnen lassen und damit dem notwendigen Qualifikationsmix in der Pflege gerecht werden. Mit Blick auf die Weiterentwicklung der Profession Pflege gilt es den Ausbau primär- und anschlussqualifizierender Studiengänge in Verbindung mit einem entsprechenden akademischen Über- und Unterbau zu forcieren, um die Pflege als Wissenschaft zu stärken.

Ein Ausbau der heilkundlichen Tätigkeiten auf weitere pflegerelevante Phänomene auch mittels Anbindung an spezielle ANP-Rollen sollte ebenso forciert werden, um die Versorgungsqualität zu stärken und die Attraktivität des Berufs zu fördern. Im Anbetracht der niedrigen Akademisierungsrate im ambulanten Bereich sollte besonders dort der Einsatz von akademischem Pflegefachpersonal forciert werden. Neben den Absolventen und Absolventinnen primärqualifizierender und weiterer Bachelorstudiengänge in der Pflege könnte der Einsatz von Advanced Nurse Practitioners (ANP), im Besonderen der Einsatz von Community Health Nurses (CHN) einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit leisten. Erste Strukturen zeigen sich diesbezüglich. So lässt bspw. der Einsatz einer CHN bzw. von Gemeindegesundheitspflegern bzw. -pflegerinnen nach vorangegangener Sozialraumanalyse und daraufhin geschaffener Stelle, die den ermittel-

ten Bedarfen der Bevölkerung im ländlichen Raum regional adäquat begegnet, einen positiven Ausblick zu (Hener 2024). In diesem Kontext ergaben sich Tätigkeitsbereiche, die explizit auf die Bedarfe der Bevölkerung der Region zugeschnitten sind, wie:

- Einrichtung einer Pflegesprechstunde
- (präventive) Hausbesuche
- Gruppenangebote
- enge Zusammenarbeit mit örtlichen Akteuren der Gesundheitsversorgung
- Netzwerkarbeit in Stadtteilen und im Landkreis

Daneben ist die eingesetzte CHN vor allem als diejenige Person zu sehen, bei der alle „notwendigen Fäden zusammenlaufen“ und Ressourcen gebündelt werden, um Versorgungseinbrüchen vorzubeugen (ebd.).

Bei der Betrachtung der Möglichkeiten, die uns die oben erwähnten Situationsbeschreibungen, Empfehlungen und Strategien ermöglichen, braucht es einen gesetzgeberischen und gesellschaftlichen Umsetzungsimpuls.

Dazu gehören die Initiierung von:

- klaren pflegerischen Kommunikationsstrukturen für Gesellschaft und Politik aus der Pflegeprofession heraus,
- bundeseinheitlichen, transparenten und international anschlussfähigen und damit attraktiven pflegerischen Bildungsstrukturen,
- neuen pflegerischen Berufsbildern, die in die Gesellschaft hinein gesundheitskompetenzstärkend und schützend wirken,
- einer Gesundheitsberichtserstattung, die pflegerische Daten zu Qualifikation, Anzahl und Arbeitsort beinhaltet,
- Ombudsstellen, die Pflegebedürftige und beruflich Pflegenden gleichermaßen berät und Informationen generiert und verarbeitet,
- einem Scope of Practice, der die Kompetenzebenen und Berufsräume im Rahmen einer Berufsordnung rahmt und Orientierung schafft.

Die Würdigung der Leistung der beruflich Pflegenden ist im Rahmen einer neuen Rolle



■ **Abb. 10.1** Flyer: Pflege braucht Qualität. (Quelle: ► [https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2023/04/2023\\_04\\_16-Onepager-VFP\\_Flyer\\_230411\\_Web.pdf](https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2023/04/2023_04_16-Onepager-VFP_Flyer_230411_Web.pdf))

in der Selbstverwaltung zu sichern – der Benefit daraus ist die Sicherung der pflegerischen Versorgung in Deutschland.

## Literatur

- Adler G, von dem Knesebeck J-H (2010) Gesundheitsfachberufe: Auf akademischen Wegen. Dtsch Ärztebl 107:386–390
- Aiken LH, Sloane M, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *lancet* 383:1824–1830
- Aiken LH, Sloane M, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, Maier B, Moreno-Casbas T, Ball JE, Ausserhofer D, Sermeus W (2017) Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf* 26:559–568

- Bergjan M, Tannen A, Mai T, Feuchtinger J, Luboeinski J, Bauer J, Fischer U, Kocks A (2021) Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken: ein Follow-up-Survey. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw* 163:47–56
- Biibliomed Pflege (2024) Mehr als 54.000 neue Pflegeazubis im Jahr 2023
- BÄK, KBV (2008) Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. *Dtsch Ärzteblatt* 105(41):A2173
- Blegen MA, Goode CJ, Park SH, Vaughn T, Spetz J (2013) Baccalaureate education in nursing and patient outcomes. *J Nurs Adm* 43(2):89–94. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31827f2028>
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2023a) Kurzpapier: Vorläufige Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2023b) Reform der Pflegeausbildung: Studierende erhalten künftig Vergütung
- BMJ – Bundesministerium für Justiz (2003) Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze
- BMJ – Bundesministerium für Justiz (2016) Heilpraktikergesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 17e des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191)
- Butler M, Schultz TJ, Halligan P, Sheridan A, Kinsman L, Rotter T, Beaumier J, Kelly RG, Drennan J (2019) Hospital nurse-staffing models and patient- and staff-related outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 4(4):CD007019
- Cassier-Woidasky A-K (2011) Professionsentwicklung in der Pflege und neue Formen der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Hindernisse und Möglichkeiten patientenorientierter Versorgungsgestaltung aus professionssoziologischer Sicht. *Jahrb Krit Medizin Gesundheitswissenschaften* 47:163–184
- Darmann-Finck I, Muths S, Görres S et al (2014) „Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“. Studie im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Katholische Stiftungsfachhochschule, München
- DBfK (2019) Advanced Practice Nursing. *Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Berlin
- Deutscher Pflegerat (2022) Positionspapier „Community Health Nurse“. DPR, Berlin
- Deutscher Pflegerat (2023) Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e V (DPR) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften. DPR, Berlin
- Deutscher Pflegerat (2024) Anmerkungen des Deutschen Pflegerates zu den „Vorläufigen Eckpunkten Pflegekompetenzgesetz“. DPR, Berlin
- Europäische Kommission (2024) Deligierte Richtlinie (EU) zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Mindestanforderungen an die Ausbildung der Berufe der Krankenschwester und des Krankenpflegers für allgemeine Pflege, des Zahnarztes und des Apothekers vom 4. März 2024. EU-Parlament, Brüssel
- von Gahlen-Hoops W, Genz K (2024) Bildungsarchitektur der Pflege in Deutschland (BAPID). Bestandsaufnahme und Empfehlungen für die Pflegebildung von morgen. Christian-Albrechts-Universität, Kiel
- Gaidys U (2022) Zur Zukunft der Hochschulen für angewandte Wissenschaften in den Stellungnahmen des Wissenschaftsrats, 50 Jahre hlb. *Nomos*, Baden-Baden, S 183–196
- Gaidys U (2024) Verbessert: Gesetz stärkt hochschulische Ausbildung. *Pflegezeitschrift* 77:36–39
- Hackel M (2020) Gemeinsamkeiten und Unterschiede beruflicher und hochschulischer Pflegeausbildung. Input-Vortrag. Fachworkshop „Hochschulische Praxisanleitung“. Online-Veranstaltung, S 7
- Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O’Grady ET (2013) *Advanced practice nursing: an integrative approach*. Elsevier, Amsterdam
- Hener C (2024) Community Health Nursing in Luckau – Tahnee Leyh im Interview (Teil 1)
- Huynh J, Alim SA, Chan DC, Studdert DM (2023) Inappropriate prescribing to older patients by nurse practitioners and primary care physicians. *Ann Intern Med* 176:1448–1455
- Kälble K (2001) Im Labyrinth gesundheitsbezogener Studiengänge. *Pflege Aktuell* 55(7/8):394–398
- Kälble K (2008) Die Gesundheitsfachberufe der Pflege und Therapie im Akademisierungsprozess – eine Analyse der Entwicklungen und Perspektiven in Deutschland. *Public Health Forum* 16(1):4–6
- Kälble K (2013) The academization of health care. An interim report in the context of current developments and challenges. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56:1127–1134
- Kutney-Lee A, Sloane DM, Aiken LH (2013) An increase in the number of nurses with baccalaureate degrees is linked to lower rates of postsurgery mortality. *Health Aff* 32:579–586
- Müller KS (2022) Rollen und Aufgaben einer Advanced Practice Nurse (APN): Ein Rapid Review. *PfWiss* 1/2022:SIH01–SIH09. <https://doi.org/10.3936/12103>
- Rothgang H, Müller R, Runte R, Unger R (2017) *Pflegereport 2017*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 5. Asgard, Siegburg

- Schaeffer D (2002) Pflegeforschung: aktuelle Entwicklungstendenzen und -herausforderungen. *Pflege Ges* 7(3):73–79
- Schaeffer D (2011) Professionalisierung der Pflege – Verheißungen und Realität. *GuS* 65:30–37
- Schwinger A, Klauber J, Tsiasioti C (2020) Pflegepersonal heute und morgen. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Springer, Berlin, S 3–21
- Strube-Lahmann S, Vogler C, Friedrich K, Dassen T, Kottner J (2016) Zentral und dezentral verortete Prüfungen in der Krankenpflege. Vergleich der Abschlussnoten der Jahre 2008–2013 im Land Berlin unter Berücksichtigung unterschiedlicher Ausbildungskonzepte. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 118:56–63
- Strube-Lahmann S, Forbrig T, Dißmann S, Storkebaum C, Reinwardt J (2023) Praxisphasen einheitlich gestalten. *Die Schwest Pfleg* 11:64
- Suhr R, Raeder K, Kuntz S, Strube-Lahmann S, Latendorf A, Klingelhofer-Noe J, Lahmann N (2019) Strukturparameter und pflegerische Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege. [Structure Parameters and Quality Outcomes of Ambulant Home-care. *Gesundheitswesen* 81(08/09):590–598
- Tannen A, Feuchtinger J, Strohbücker B, Kocks A (2017) Survey zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken – Stand 2015. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 120:39–46
- Vogler C, Druyen T (2024) *Pflege.Zukunft.Menschenrecht. Zehn Empfehlungen für die Pflege von morgen.* Cornelsen, Berlin
- Wissenschaftsrat (2012) *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen.* Wissenschaftsrat, Köln, S 2411–2412

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# Flächendeckend „tarifgerecht“? Befunde und Implikationen der Neuregelungen zur tarifgerechten Entlohnung

*Julia Lenzen und Michaela Evans-Borchers*

## Inhaltsverzeichnis

- 11.1 Ausgangslage: Verbesserung der Entlohnung als Ziel – 160
- 11.2 Befunde und Implikationen der Wirkungsanalyse für NRW – 161
- 11.3 Limitationen der Lohnaufwertung als Attraktionsfaktor – 167
- 11.4 Zusammenfassung und Ausblick – 169
- Literatur – 170

## ■ ■ Zusammenfassung

*Im Mittelpunkt des Beitrags stehen ausgewählte Befunde einer Wirkungsanalyse der gesetzlichen Neuregelungen zur tarifgerechten Entlohnung in der Altenpflege für das Bundesland NRW. Die Befunde plausibilisieren Lohnsteigerungen für Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen und -diensten, die vor den gesetzlichen Neuregelungen weder tarifgebunden waren noch eine kollektivvertragliche Regelung für die Entlohnung ihrer Beschäftigten anwendeten. Insbesondere höherpreisige kollektivvertragliche Regelungen prägen die Option der Tariforientierung, die in NRW häufiger als in anderen Bundesländern gewählt wurde. Im Ländervergleich zeichnen sich angesichts der Wahloptionen jedoch unterschiedliche Entwicklungspfade ab. Der Pflegemindestlohn induziert Tariflohnsteigerungen, die sich wiederum auf das regional übliche Entlohnungsniveau auswirken. Nicht nur Kostensteigerungen, sondern auch Grenzen der gesetzlichen Neuregelungen werden mit Blick auf die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs erkennbar.*

*This article focuses on selected findings from an impact analysis of the new statutory regulations for fair wage clauses in long-term care. The analyses were carried out in 2021–2022 for the federal state of North Rhine-Westphalia. The findings provide evidence of wage increases for employees in care facilities and services that were neither bound by collective agreements nor applied a collective agreement regulation for the remuneration of their employees before the new statutory regulations took place. In particular, higher-priced collective agreements characterise the option of collective bargaining orientation, which was chosen more frequently in NRW than in other federal states. In a comparison of the federal states, different development paths emerge in view of the options available. The minimum care wage induces increases in collectively agreed wages, which in turn have an impact on the usual regional wage level. Not*

*only cost increases, but also the limits of the new legal regulations in terms of increasing the attractiveness of the nursing profession are recognisable.*

## 11.1 Ausgangslage: Verbesserung der Entlohnung als Ziel

Mit der gesetzlichen Regelung zur „Entlohnung nach Tarif“ durch das Gesundheitsversorgungswesenentwicklungsgesetz (GVWG) wurde politisch eine Kernforderung der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) umgesetzt. Vorausgegangen war eine intensive Debatte darüber, wie das Lohnniveau in der Altenpflege flächendeckend erhöht und hierüber ein Beitrag zur Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs erzielt werden kann. Obgleich die Einführung des Pflegemindestlohns eine hohe Eingriffsintensität im Pflegesektor hatte (Boockmann et al. 2011) und die Neuregelungen der Pflegestärkungsgesetze (PSG) auf die Anerkennung der Wirtschaftlichkeit der Entlohnung auf Basis kollektivvertraglicher Regelungen (Tarifvertragswerke, kirchliche Arbeitsrechtsregelungen) zielten, blieben die erhofften Effekte auf eine flächendeckende Regulierung eines Lohnunterbietungswettbewerbs und eine Erhöhung der Tarifbindung in der Fläche aus. Zwar sind die Löhne für Pflege- und Betreuungspersonal in der Langzeitpflege – nicht zuletzt aufgrund der Arbeitsmarktsituation – in den letzten Jahren gestiegen, jedoch profitieren nicht alle Qualifikationsniveaus gleichermaßen hiervon. Zudem wurden Gratifikationen für Pflegefachpersonal nicht immer in Form von realen Lohnzuwächsen wirksam, sondern auch in Form von Zusatzleistungen des Arbeitgebers (z. B. Dienstwagennutzung, Gutscheine etc.). Insbesondere Pflegehilfskräfte profitieren von der Aufwertung der Löhne in geringerem Umfang als Fachkräfte (Ludwig und Evans 2020). Im Ergebnis stellte die KAP fest, dass eine Verbesserung der Entlohnung in der Altenpflege dringend notwendig sei (BMG/BMFSFJ/BMAS 2020, S. 76).

### ■ Einführung der „Entlohnung nach Tarif“

Mit dem GVWG wurden am 11. Juni 2021 die gesetzlichen Weichen für eine „Entlohnung nach Tarif“ gestellt. Seit dem 1. September 2022 sind Pflegeeinrichtungen nunmehr verpflichtet, um zur Versorgung zugelassen zu werden, entweder selbst tarifgebunden zu sein oder ihre Pflege- und Betreuungskräfte mindestens in Höhe eines von in der jeweiligen Region (Bundesland) anwendbaren Pflege-Tarifvertrags zu entlohnen. In den Geltungsbereich fallen alle eine Zulassung nach § 72 SGB XI anstrebenden bzw. bereits zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen einschließlich der Betreuungsdienste nach § 71 Absatz 1a SGB XI sowie alle teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen einschließlich der Kurzzeitpflege. Die Konkretisierung der gesetzlichen Regelungen zur Umsetzung in Form von Richtlinien<sup>1</sup> oblag dem GKV-Spitzenverband – Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV). Die Richtlinien wurden anschließend vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) genehmigt. Begriffe wie „Tariftreue“ oder „regional übliches Entlohnungsniveau“ waren im Sozial- und Pflegeversicherungsrecht vor Einführung des GVWG unbekannt (Bauckhage-Hoffer 2024). Die gesetzlichen Neuregelungen knüpfen die Zulassung von Pflegeeinrichtungen zur Versorgung nunmehr an das Lohnniveau derjenigen Beschäftigten, die überwiegend in Pflege oder Betreuung tätig sind (*Verknüpfung von Leistungs-, Tarif- und Arbeitsrecht*). Pflegeeinrichtungen haben drei Optionen, um die Zulassung zur Versorgung zu erlangen. Sie können sich entweder (a) für

die Tarifbindung entscheiden, (b) die Entgeltordnung und die Eingruppierungsregelungen eines gültigen Tarifvertragswerks anwenden (Tariforientierung) oder (c) sich für die Anwendung des regional üblichen Entlohnungsniveaus, das jährlich für jedes Bundesland neu berechnet wird, entscheiden (*Zulassungsoptionen*). Und schließlich adressieren die gesetzlichen Neuregelungen drei Beschäftigten-/Qualifikationsgruppen: Pflege- und Betreuungskräfte *ohne* mindestens einjährige Berufsausbildung, Pflege- und Betreuungskräfte *mit* mindestens einjähriger Berufsausbildung sowie Fachkräfte in den Bereichen Pflege und Betreuung mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung (*Zielgruppenspezifität*).

## 11.2 Befunde und Implikationen der Wirkungsanalyse für NRW

Die Einführung der gesetzlichen Regelungen zur tarifgerechten Entlohnung kann Wirkungen in unterschiedlichen Dimensionen (v. a. Lohnentwicklung, Tarifbindung, Kostenentwicklung, Inanspruchnahme von pflegerischen Leistungen etc.) entfalten. Der Gesetzgeber sieht vor, dass die Regelungen bis zum 31.12.2025 wissenschaftlich evaluiert werden. Im Bundesland Nordrhein-Westfalen hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS NRW) im Zuge der Umsetzung der „tarifgerechten Entlohnung“ eine Studie beauftragt, um die Wirkungen der gesetzlichen Neuregelungen für dieses Bundesland abzuschätzen. Zentrale Fragestellungen der Wirkungsanalysen waren:

- Wie wirken sich die „Tariftreue“-Regelungen nach GVWG auf die Tariflandschaft (u. a. Zahl und „Niveau“ der TVW/der kirchlichen ARR) und auf die Tarif-/ARR-Bindung (Betriebe, Beschäftigte) im nordrhein-westfälischen Pflegesektor aus?
- Welche Effekte auf die Entgelte (Entgelthöhe, Entgeltvarianzen und Entgeltentwicklung) der Beschäftigten in den relevanten Beschäftigten- und Qualifikationsgruppen können identifiziert werden?

1 Zulassungs-Richtlinien nach § 72 Absatz 3c SGB XI zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen zur Einhaltung der Vorgaben für Versorgungsverträge nach § 72 Absätze 3a und 3b SGB XI; Pflegevergütungs-Richtlinien nach § 82c Absatz 4 SGB XI zum Verfahren nach § 82c Absätze 1 bis 3 und 5 SGB XI; Nachweis-Richtlinien nach § 84 Absatz 7 SGB XI zum Nachweisverfahren über die bei der Pflegevergütung zugrunde gelegte Bezahlung von Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen.

- Welche Option der Zulassung zur Versorgung (Tarifbindung, Tariforientierung, Anwendung des regional üblichen Entlohnungsniveaus) haben Pflegeeinrichtungen in NRW gewählt?
- Gibt es auf Basis der Analysen entlang der skizzierten Umsetzungsdimensionen Handlungs- und Nachjustierungsbedarfe?

Nachfolgend werden zentrale Befunde der Wirkungsanalyse vorgestellt. Auch wenn sich die Ausgangssituation in Nordrhein-Westfalen, z. B. durch eine traditionell höhere Tarifbindung in der Altenpflege, von anderen Bundesländern unterscheidet, geben die Erkenntnisse gleichwohl erste Hinweise auf Wirkungen, Entwicklungs- und Gestaltungsherausforderungen der Regelungen zur „tarifgerechten Entlohnung“.

Für die Analyse der Wirkungen der Regelungen zur tarifgerechten Entlohnung sind zunächst verschiedene Lohndimensionen relevant. Diese betreffen das *Lohnniveau*, die *Lohndynamik* und die *Lohnverteilung* (Evans und Ludwig 2019, S. 17 f.): Während das *Lohnniveau* die Lohnsituation in der Altenpflege im Verhältnis zur allgemeinen und/oder branchenähnlichen Lohnsituation setzt, liegt der Schwerpunkt der *Lohndynamik* auf der Entwicklung von Löhnen im Zeitverlauf, wohingegen die *Lohnverteilung* mögliche Disparitäten im Lohngefüge zwischen Arbeitnehmenden innerhalb eines Berufsfeldes adressiert. Grundlegend für Unterschiede in der Entlohnung sind trägerspezifische Entgeltordnungen, in denen die Zuordnung von Tätigkeiten zu einzelnen Entgeltgruppen geregelt wird. Die „Entlohnung“ im Sinne der tarifgerechten Entlohnung ist additiv definiert als Grundgehalt, Jahressonderzahlungen und vermögenswirksame Leistungen des Arbeitgebers unter Berücksichtigung der regelmäßigen und fixen pflegetypischen Zulagen. Zusätzlich werden noch variable pflegetypische Zuschläge erhoben für Nacht-, Sonntags- und Feiertagsarbeit, Schicht- und Wechselschicht, der Flexibilitätszuschlag sowie Zuschläge für Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft (*Pflege-*

*vergütungs-Richtlinien*). Diese fließen jedoch nicht in die Berechnung des regional üblichen Entlohnungsniveaus ein, sondern werden jeweils gesondert ausgewiesen und finden erst bei der Wahloption des „regional üblichen Entlohnungsniveaus“ Berücksichtigung.

Bereits im Vorfeld und Zuge der Umsetzung der gesetzlichen Neuregelungen wurden zwischen 2021 und 2022 deutliche Lohnsteigerungen in der Altenpflege erkennbar, die nach Carstensen et al. (2023, S. 3) auf das Inkrafttreten des Pflegegehälterverbesserungsgesetzes sowie auf die Einführung der Regelungen zur tarifgerechten Entlohnung zurückzuführen sein können. Dies ist plausibel, da Beschäftigte tarifgebundener Arbeitgeber im Vergleich zu Beschäftigten tarifungebundener Arbeitgeber ein höheres Lohnniveau erzielen (Isfort et al. 2022, S. 120). Laut Meldung des AOK-Bundesverbandes (2022b) waren zum 30.04.2022 lediglich 25 % der Pflegeeinrichtungen bundesweit an einen Tarifvertrag bzw. eine kirchliche Arbeitsrechtsregelung gebunden. Deutliche Unterschiede hinsichtlich der Tarifbindung bestehen nach Setting und Trägerschaft: Während im Jahr 2016 bundesweit rund 63 % der stationären Pflegeeinrichtungen (inklusive kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen) ihre festangestellten Beschäftigten nach Tarif bezahlten (TNS Infratest Sozialforschung 2017, S. 329), traf dies nur für rund 39 % der festangestellten Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten zu (ebd., S. 212). Zudem wiesen in beiden Settings Einrichtungen bzw. ambulante Dienste in freigemeinnütziger Trägerschaft deutlich höhere Tarifbindungsquoten auf als Einrichtungen bzw. ambulante Dienste in privater Trägerschaft (ebd., S. 212 ff., 329 ff.).

#### ■ ■ Tarifbindung nach Einrichtungen und Settings

Auch in NRW wurden diese Unterschiede auf Basis der Meldedaten (DCS-Pflege 2022a) zum 30.09.2022 erkennbar: Insgesamt meldeten 2.210 Pflegeeinrichtungen bzw. ambulan-

te Dienste eine Tarifbindung<sup>2</sup> (Lenzen und Evans-Borchers 2024a, S. 26), wobei nach Plausibilitätsprüfung (1.555 Einrichtungsmeldungen) näherungsweise eine Tarifbindungsquote auf Einrichtungsebene von ca. 25 % (ebd., S. 30 f.) und auf Beschäftigtenebene (nach Vollzeitäquivalenten) von ca. 26 % (ebd., S. 36) ermittelt werden konnte. Insgesamt weist NRW eine im bundesweiten Vergleich höhere Tarifbindungsquote auf der Einrichtungsebene auf (ebd., S. 31). Unterschiede hinsichtlich der Tarifbindung bestätigten sich zudem nach Settings: Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in NRW wiesen mit rund 36 % eine deutlich höhere Tarifbindungsquote auf als ambulante Dienste mit ca. 13 % (ebd., S. 32). Darüber hinaus meldeten rund 53 % der nordrhein-westfälischen ambulanten Dienste in freigemeinnütziger Trägerschaft eine Tarifbindung, während der Anteil bei Einrichtungen und ambulanten Diensten in öffentlicher Trägerschaft auf ca. 36 % und bei Einrichtungen und ambulanten Diensten in privater Trägerschaft auf lediglich 13 % geschätzt werden konnte (ebd., S. 33). Insgesamt zeigten die Analysen zum Erhebungszeitpunkt, dass bis dato von den gesetzlichen Regelungen keine substantiellen Effekte auf die Tarifbindung in NRW ausgingen (Lenzen und Evans-Borchers 2024a, S. 113). Aufgrund der Tatsache, dass sich sowohl Träger- als auch Tarifstrukturen zwischen den Bundesländern deutlich unterschieden, ist fraglich, inwiefern die gesetzlichen Neuregelungen perspektivisch auf Basis der Wahloptionen zu einer Erhöhung der Tarifbindungsquoten beitragen bzw. welche länderspezifischen Entwicklungspfade hier zu beobachten sind.

### ■ Lohnsteigerungen und Lohnunterschiede

Die Analysen der Entlohnungsentwicklungen nach Einführung der Regelungen in NRW plausibilisieren die erwarteten Lohnsteigerun-

gen für Beschäftigte in (zuvor) tarifungebundenen Pflegeeinrichtungen: Während Lohnsteigerungen zwischen 2019 und 2022 für tarifgebundene Einrichtungen primär auf Tarifierhöhungen zurückzuführen sind, erweisen sich deutliche Lohnsteigerungen für tarifungebundene Einrichtungen, die im Zuge der Regelungen die Option der Tariforientierung oder die Option der Durchschnittsanwendung wählten, als plausibel (Lenzen und Evans-Borchers 2024a, S. 82).

■ Tab. 11.1 zeigt im Vergleich die arbeitszeitnormierten Stundenlöhne der fünf am häufigsten gewählten Tarifvertragswerke/kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zum 30.09.2022, die in NRW für die Zulassungsoption der „Tariforientierung“ gewählt (30.04.2022) wurden. Deutlich wird, dass insbesondere höherpreisige Tarifvertragswerke zur Anwendung kommen. Zudem werden die regional üblichen Entlohnungsniveaus der Jahre 2022 und 2023 nach Beschäftigten-/Qualifikationsgruppen aufgeführt. Im Ländervergleich realisierte NRW zum Erhebungszeitpunkt 30.09.2023 ein vergleichsweise hohes Lohnniveau (AOK-Bundesverband 2023): Für das Hilfspersonal verzeichnete Berlin (18,01 €/h) das höchste, Mecklenburg-Vorpommern (16,77 €/h) das niedrigste Lohnniveau. NRW verzeichnete das höchste Lohnniveau für das Pflegeassistentenpersonal (20,44 €/h), Thüringen (17,82 €/h) das niedrigste. Für das Fachpersonal erzielte Hamburg (24,58 €/h) das höchste Lohnniveau, während in Sachsen das im Ländervergleich niedrigste Lohnniveau (22,76 €/h) ermittelt wurde. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die gesetzlichen Regelungen auf das in Tarifverträgen/kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen normierte Anspruchsniveau bei Vollzeitbeschäftigung abstellen, d. h. die ermittelten Werte definieren lediglich einen Vergleichsmaßstab und nicht die tatsächlich realisierte Vergütung. Bundesweit liegen die Durchschnittsverdienste des Pflegepersonals in der Altenpflege mittlerweile rund 200 € über den Durchschnittsverdiensten von Personen mit Ausbildungsabschluss in allen Berufen insgesamt (Statistisches Bundes-

2 „Tarifbindung“ definiert nachfolgend gemäß den gesetzlichen Regelungen sowohl die Bindung an ein Tarifvertragswerk als auch an eine kirchliche Arbeitsrechtsregelung.

**Tab. 11.1** Regional übliches Entlohnungsniveau und Lohnmeldungen der TOP-5 TVW/kirchlichen ARR (NRW) (Quellen: DCS-Pflege (2022a), AOK-Bundesverband (2022a, 2023), Berechnungen nach Lenzen und Evans-Borchers (2024a, S. 128) und Darstellung nach Lenzen und Evans-Borchers (2024b, S. 7))

	Hilfspersonal	Pflegeassistentpersonal	Fachpersonal
Werte regional übliches Entlohnungsniveau für NRW (2023)	17,84	20,44	24,06
Werte regional übliches Entlohnungsniveau für NRW (2022)	17,52	20,30	23,86
<b>Tariforientierung: TOP-5 Tarifwerke/kirchliche Arbeitsrechtsregelungen und Lohnmeldungen (arbeitszeitnormierter Stundenlohn, Min-Max-Werte; Mittelwert) tarifgebundener Einrichtungen (NRW, 2022)</b>			
TVöD VKA BT-B	15,43–27,75 <b>19,23</b>	17,55–35,98 <b>21,42</b>	18,75–31,37 <b>24,77</b>
AVR Caritas	11,86–28,87 <b>16,98</b>	11,77–31,51 <b>20,68</b>	16,12–33,81 <b>24,00</b>
Manteltarifvertrag VPD	15,24	18,24	24,69
TV AWO NRW	12,99–20,58 <b>17,66</b>	13,00–23,27 <b>20,22</b>	18,50–27,26 <b>23,22</b>
AVR DD	11,62–19,78 <b>17,46</b>	12,25–23,54 <b>19,25</b>	19,32–27,59 <b>24,19</b>

Hinweis: Bei der Interpretation der Lohnwerte ist zu berücksichtigen, dass nicht alle potenziell relevanten Entlohnungsbestandteile berücksichtigt werden.  
Pflege-Report 2024

amt 2024). Und auch die Ausbildungsvergütung in der Pflege liegt mit 1.340 bis 1.503 € deutlich oberhalb der meisten tariflichen Ausbildungsvergütungen (BIBB 2023).

Die Regelungen zur tarifgerechten Entlohnung betreffen allerdings nicht alle Beschäftigten-/Qualifikationsgruppen im Leistungsbereich des SGB XI. Wie skizziert, adressieren diese lediglich das Pflegehilfspersonal (ohne mindestens einjährige Berufsausbildung), das Pflegeassistentpersonal (mit mindestens einjähriger Berufsausbildung) sowie das Pflegefachpersonal (mit mindestens dreijähriger Ausbildung), das überwiegend in der Pflege und Betreuung tätig ist. Eine Berücksichtigung bspw. verantwortlicher Pflegefachpersonen, ihrer Stellvertretung oder von Hauswirtschaftskräften ist in den gesetzlichen Regelungen nicht vorgesehen. Ausgehend hiervon ist es seitens der Einrichtungen erforderlich, dass zur Wahrung des innerbetrieblichen Lohnge-

füges auch Lohnanpassungen für weitere Beschäftigtengruppen in der Altenpflege vorgenommen werden, was wiederum zu nachträglichen und weiteren Kostensteigerungen führen könnte (Lenzen und Evans-Borchers 2024a, S. 104 f.).

Die Meldedaten von tarifgebundenen Einrichtungen in NRW zum 30.09.2022 (DCS-Pflege 2022a) zeigen zudem große Lohnunterschiede innerhalb der von den Regelungen betroffenen Beschäftigten-/Qualifikationsgruppen. Die gemeldeten arbeitszeitnormierten Stundenlöhne der einzelnen Beschäftigten-/Qualifikationsgruppen sowie deren Spannweiten werden in Tab. 11.2 nach den jeweiligen Versorgungssettings ausgewiesen. Es zeigt sich bspw. eine Lohnunterschied von 24,51 € pro Stunde beim Pflegeassistentpersonal in vollstationären Einrichtungen: Während eine Einrichtung der vollstationären Pflege einen durchschnittli-

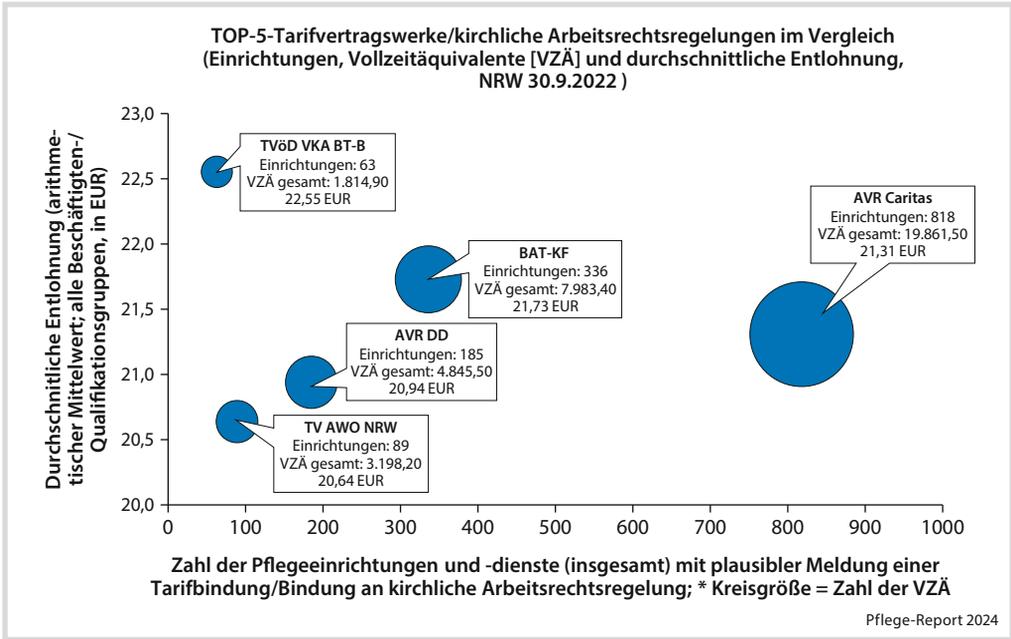
**Tab. 11.2** Arbeitszeitnormierte Stundenlöhne nach Beschäftigten-/Qualifikationsgruppe und Setting (NRW) (Quelle: DCS-Pflege (2022a), Berechnungen nach Lenzen und Evans-Borchers (2024a, S. 129) und Darstellung nach Lenzen und Evans-Borchers (2024b, S. 10))

	Ambulant	(Teil-)Stationär				Gesamt
		Gesamt	Vollstationär	Kurzzeit- pflege	Tagespflege	
<b>Hilfspersonal</b>						
Min	12,68	11,06	11,06	15,30	12,92	11,06
Max	28,11	28,87	28,80	21,18	28,87	28,87
Mean	<b>17,29</b>	<b>17,48</b>	<b>17,70</b>	<b>17,95</b>	<b>16,63</b>	<b>17,43</b>
<b>Pflegeassistentpersonal</b>						
Min	11,51	11,47	11,47	18,68	15,06	11,47
Max	33,45	35,98	35,98	23,24	27,26	35,98
Mean	<b>20,63</b>	<b>20,33</b>	<b>20,41</b>	<b>21,12</b>	<b>19,42</b>	<b>20,42</b>
<b>Fachpersonal</b>						
Min	15,76	17,48	17,48	22,09	18,75	15,76
Max	48,47	33,81	33,81	25,83	31,54	48,47
Mean	<b>24,17</b>	<b>23,87</b>	<b>23,86</b>	<b>24,29</b>	<b>23,90</b>	<b>23,95</b>
N	<b>418</b>	<b>1.137</b>	<b>872</b>	<b>13</b>	<b>252</b>	<b>1.555</b>
Pflege-Report 2024						

chen arbeitszeitnormierten Stundenlohn von 35,98 € für ihr Pflegeassistentpersonal angibt, liegt dieser bei einer anderen Einrichtung bei lediglich 11,47 €. Im Vergleich der Settings liegen in der (teil-)stationären Pflege die durchschnittlichen arbeitszeitnormierten Stundenlöhne für das Hilfspersonal höher, während ambulante Dienste höhere durchschnittliche arbeitszeitnormierten Stundenlöhne für das Pflegeassistentpersonal und das Fachpersonal aufweisen. Diese Lohnwerte basieren auf den für die jeweilige Beschäftigtengruppe ermittelten Durchschnittslöhnen der Einrichtungen, die wiederum durch die Beschäftigtenstrukturen in den Einrichtungen (tarifliche Ansprüche auf Basis der Entgeltordnung) beeinflusst werden. Zusätzlich sind jeweils auch die Min- und Max-Werte ausgewiesen. Da jedoch nur ausgewählte

Entgeltbestandteile gemäß den Richtlinien zu berücksichtigen sind, wird das reale Lohnniveau in der Tendenz höher ausfallen. Im Umkehrschluss bedeutet dies auch, dass die Min-Werte nicht mit dem Pflegegeldmindestlohn verglichen werden können (Tab. 11.2).

Im Vergleich der zum 30.09.2022 gemeldeten Tarifvertragswerke bzw. kirchlichen Arbeitsvertragsrichtlinien werden zudem Unterschiede in den durchschnittlichen Entlohnungsniveaus nach kollektivvertraglicher Regelung sichtbar (s. Abb. 11.1). Im Vergleich der TOP 5 gemeldeten kollektivvertraglichen Regelungen, darunter die AVR-Caritas, der BAT-KF, die AVR-Diakonie Deutschland, der TV AWO NRW und der TVöD VKA BT-B, weist der TVöD VKA BT-B mit 22,55 € pro Stunde das höchste durchschnittliche Entloh-



■ **Abb. 11.1** TOP-5-Tarifvertragswerke/kirchliche Arbeitsrechtsregelungen im Vergleich (NRW). (Quelle: DCS-Pflege (2022a), Berechnung nach Lenzen und Evans-

Borchers (2024a, S. 127) und Darstellung nach Lenzen und Evans-Borchers (2024c, S. 55))

niveau über alle Beschäftigten-/Qualifikationsgruppen auf.

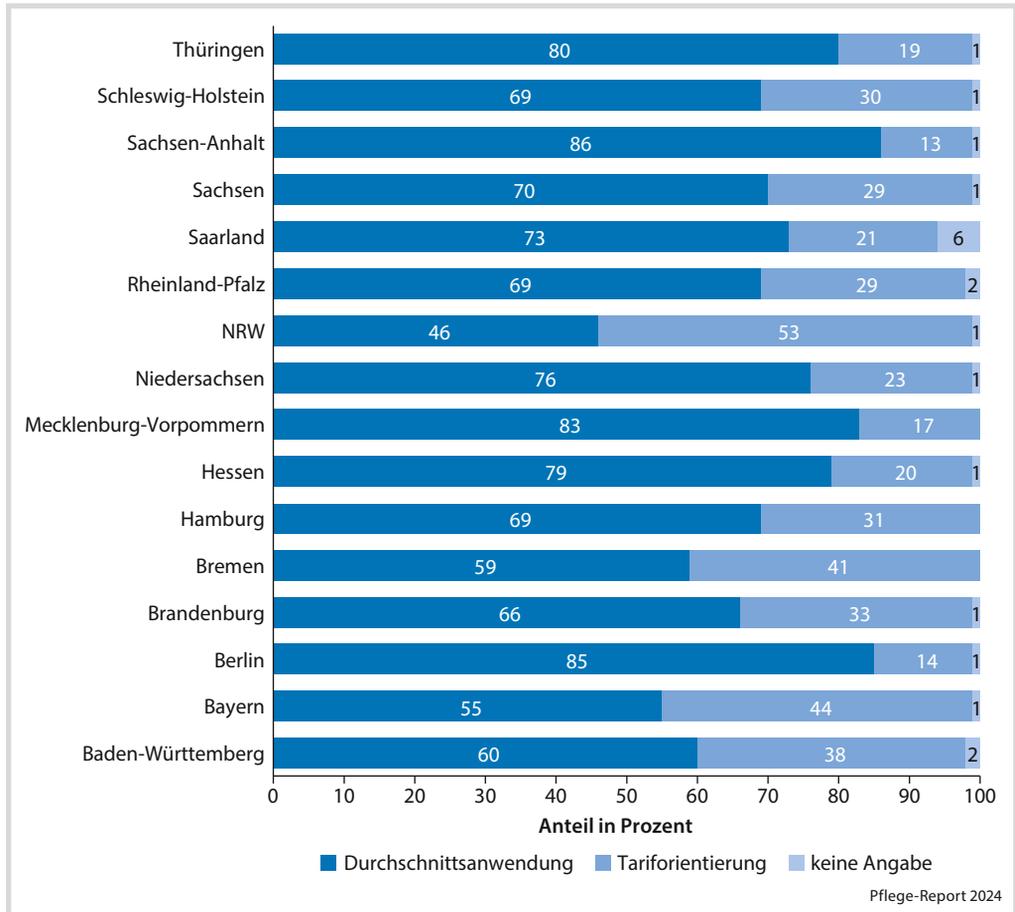
Hinsichtlich der alternativen Wahloption des „regional üblichen Entlohnungsniveaus“ ist zu berücksichtigen, dass das regional übliche Entlohnungsniveau der jeweiligen Beschäftigten-/Qualifikationsgruppe lediglich *im Durchschnitt* innerhalb einer Einrichtung eingehalten werden muss. Dies kann dazu führen, dass die Löhne *innerhalb* einer Beschäftigten-/Qualifikationsgruppe einer Einrichtung in hohem Maße voneinander abweichen können, d.h. Lohn disparitäten innerhalb einer Beschäftigtengruppe vorliegen können (Lenzen und Evans-Borchers 2024a, S. 59). Zudem kann die Anwendung des regional üblichen Entlohnungsniveaus in dieser Form dazu führen, dass sich aufgrund der jährlichen Anpassungen der Entlohnung auch die Lohnintransparenz für die betroffenen Beschäftigtengruppen erhöht (ebd., S. 58 f.). Das regional übliche Entlohnungsniveau stellt zudem keine fixe Lohnuntergrenze dar; so-

lange die Einrichtung Durchschnittslöhne gemäß dem regional üblichen Entlohnungsniveau zahlt und dabei den Pflegemindestlohn als untere Grenze einhält, kommt sie der gesetzlichen Verpflichtung nach. Eine Orientierung an Entgeltordnungen, Eingruppierungsregelungen und weiteren kollektivvertraglichen Entlohnungsregelungen sind bei der Alternativoption einer Zahlung nach dem regional üblichen Entlohnungsniveau nicht notwendig.

■ **Länderspezifische Unterschiede in den Optionsprofilen**

In Anbetracht der länderspezifischen Unterschiede hinsichtlich der gewählten Zulassungsoptionen wird deutlich, dass sich die o.g. Limitation der „Durchschnittsanwendung“ im Hinblick auf eine tarifgerechte Entlohnung bundesweit ungleich auswirken (s. ■ Abb. 11.2).

Während in NRW über die Hälfte der nicht-tarifgebundenen Einrichtungen zum

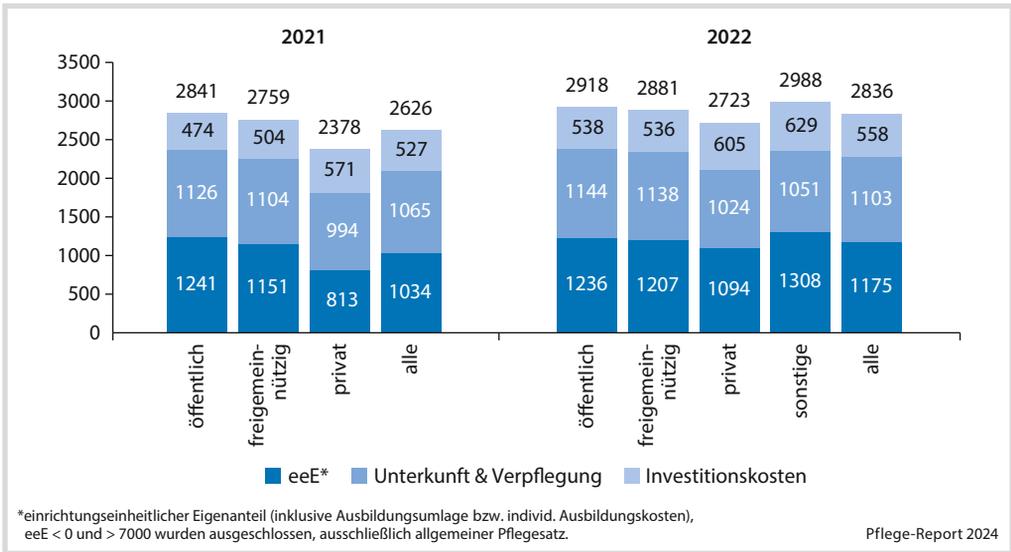


■ **Abb. 11.2** Meldungen der Pflegeeinrichtungen zur Erfüllung der Zulassungsvoraussetzung nach Bundesländern (Stichtag 30.04.2022). (Quelle: DCS-Pflege (2022b), zit. nach Evans und Szepan (2023), eigene Darstellung)

30.04.2022 (DCS-Pflege 2022b) angaben, dass sie die Zulassungsvoraussetzung über die Option der „Tariforientierung“ erfüllen möchten, bevorzugten die Einrichtungen in allen anderen Bundesländern eher die Option der „Durchschnittsanwendung“. Ein Schwerpunkt weiterer Analysen ist es entsprechend, zu eruieren, ob und inwiefern sich länderspezifische Entwicklungspfade im Entlohnungsniveau im Zuge der gesetzlichen Regelungen abzeichnen und inwiefern diese die Attraktivität des Pflegeberufs beeinflussen (Evans 2023).

### 11.3 Limitationen der Lohnaufwertung als Attraktionsfaktor

Grundsätzlich gilt es hinsichtlich der zum September 2022 eingeführten Regelungen zur tarifgerechten Entlohnung zu berücksichtigen, dass die Alternativoptionen zur Tarifbindung ausschließlich den Attraktionsfaktor des Entgelts adressieren. Da sowohl die Option der „Tariforientierung“ als auch die Alternative der „Durchschnittsanwendung“ lediglich die



**Abb. 11.3** Kosten der vollstationären Pflege nach Trägerschaft in NRW (in Euro zu den Stichtagen 31.12.2021/2022). (Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK (WI-

dO) (2023), Berechnungen nach Lenzen und Evans-Borchers (2024a, S. 102) und Darstellung nach Lenzen und Evans-Borchers (2024c, S. 54))

11

Verpflichtung vorsieht, die gesetzlich definierten Entgeltbestandteile bzw. mindestens die jeweiligen Erfahrungsstufen und Eingruppierungsgrundsätze einzuhalten, bleiben weitere Bestandteile kollektivvertraglicher Regelungen (wie bspw. Urlaubsansprüche, Weiterbildung, Arbeitszeitregelungen) unberücksichtigt. Die aktuelle Studienlage zeigt jedoch deutlich, dass aus Sicht von beruflich Pflegenden neben einer höheren Entlohnung auch andere arbeitsplatzbezogene Merkmale entscheidend sind, um den Beruf nachhaltig aufzuwerten. So gilt es beispielsweise „mehr Zeit für eine gute Pflege“, eine verlässliche Arbeitszeitgestaltung (Auffenberg et al. 2022, S. 53) sowie eine Verbesserung der Vereinbarkeit von familiärer Pflege, Familie und Beruf (BMG 2023, S. 9) zu adressieren.

Der Schwerpunkt „Vereinbarkeit“ erweist sich nach Ergebnissen der Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege als größter Faktor für die Unternehmensbindung und die Bereitschaft zur Aufstockung der Arbeitszeit, wobei insbesondere flexible Kinderbetreuungsmöglichkeiten ein großes Poten-

zial für die Attraktivität des Berufes darstellt (BMG 2023, S. 6). Auch weitere innerbetriebliche Maßnahmen wie wertschätzende und respektvolle Vorgesetzte, Arbeitszeitgestaltung oder Gratifikation bei Weiterbildung spielen eine zentrale Rolle für wünschenswerte Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege (Lenzen et al. 2023, S. 17). Im Zuge dessen gilt festzuhalten: „Tarifpolitik ist (...) mehr als Lohnpolitik“ und erfordert damit einen erweiterten Blick auf die Aufwertung des Pflegeberufs auch jenseits der Entlohnung (Evans und Ludwig 2019, S. 40).

**■ Auswirkungen auf Kostenstrukturen**

In Anbetracht der Pflegeversicherungslogik ist auch die „Kehrseite der Medaille“ zu erwähnen. So zeigen sich seit Einführung der gesetzlichen Regelungen zur tarifgerechten Entlohnung höhere Kostensteigerungen in der vollstationären Pflege in NRW (Lenzen und Evans-Borchers 2024a, S. 99). Auch wenn die Kostensteigerungen im vollstationären Sektor u. a. durch steigende Energiekosten, Tarifentwicklungen oder auch eine Erhöhung des Pfl-

gemindestlohns bedingt sind, liegt die Vermutung nahe, dass die Erhöhung der Personalkosten, insbesondere bei zuvor nicht tarifgebundenen Einrichtungen, zu einer deutlichen Steigerung der pflegebedingten Kosten geführt hat. So zeigt sich in [Abb. 11.3](#), dass sich der einrichtungseinheitliche Eigenanteil bei den nordrhein-westfälischen vollstationären Einrichtungen in privater Trägerschaft zwischen 2021 und 2022 um 35 % erhöht hat. Im Vergleich dazu liegt die Steigerung über alle vollstationären Einrichtungen im selben Zeitraum in NRW bei 14 %.

Diese Entwicklungen stützen die Annahme, dass private Einrichtungen vor Einführung der Regelungen eine geringere Tarifbindung und Tariforientierung aufwiesen und damit nun in höherem Maße von Personalkostensteigerungen betroffen sind. Höhere Löhne für Beschäftigte in Pflege und Betreuung führen zu einer Erhöhung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen bzw. zu Kostensteigerungen für ambulante Pflegeleistungen. In diesem Kontext wies bereits der erste Ergebnisbericht der KAP darauf hin, dass für eine Verbesserung der Entlohnung eine Anhebung der Leistungsbeträge und damit eine verbesserte Finanzausstattung der Pflegeversicherung dringend erforderlich sein werde (BMG/BMFSFJ/BMAS 2020, S. 76). Der Finanzbedarf einer tariflichen Entlohnung in der Altenpflege wurde unter den Bedingungen eines (a) bundeseinheitlich gültigen Mindesttarifs auf 1,6 bis 5,1 Mrd. € und bei einem (b) regionalisierten Mindesttarif auf 1,4 bis 4,0 Mrd. € geschätzt (Tisch et al. 2019, S. 8).

## 11.4 Zusammenfassung und Ausblick

Die Befunde der Wirkungsanalyse für NRW liefern Evidenz dafür, dass die gesetzlichen Neuregelungen zur „tarifgerechten Entlohnung“ tatsächlich zu deutlichen Lohnsteigerungen in der Langzeitpflege führen. Dies betrifft insbesondere Beschäftigte in Pflege und Betreuung in Einrichtungen, die vor Ein-

führung der Regelungen weder tarifgebunden noch tariforientiert bezahlt wurden. Der Pflegemindestlohn induziert Tariflohnsteigerungen, die sich wiederum auf das regional übliche Entlohnungsniveau auswirken. Für NRW ist jedoch auch zu konstatieren, dass zum Zeitpunkt der Analyse keine signifikanten Effekte auf die Tarifbindung zu verzeichnen waren. Während Effekte auf die Lohnhöhe für Beschäftigte und Pflegeeinrichtungen plausibel sind, werden auch Grenzen der gesetzlichen Neuregelungen mit Blick auf die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs erkennbar. Zudem ist anzunehmen, dass sich auf Basis der Wahloptionen länderspezifische Entwicklungspfade abzeichnen werden, die wesentlich auch dadurch geprägt werden, für welche Wahloption – Tarifbindung, Tariforientierung oder Durchschnittsanwendung – sich die Pflegeeinrichtungen und -dienste perspektivisch entscheiden werden.

Die Kehrseite gesellschaftlich und politisch avisierter Lohnerhöhungen in der Altenpflege sind angesichts der jetzigen Pflegeversicherungslogik jedoch deutliche Kostensteigerungen für pflegebedürftige Menschen. Hier braucht es zeitnah eine Reform der Pflegeversicherung, um zu vermeiden, dass höhere Löhne sich verschärfende Konflikte zur finanziellen Leistungsfähigkeit pflegebedürftiger Menschen und von Kommunen nach sich ziehen.

Deutlich wurde in der Analyse zudem, dass die gesetzlichen Neuregelungen zur tarifgerechten Entlohnung u. a. zu Mehraufwänden für die tarifgebundenen meldenden Pflegeeinrichtungen und für die Pflegekassen führen. Bei Anwendung des regional üblichen Entlohnungsniveaus müssen zudem die jährlichen Lohnanpassungen, die aus der Neuberechnung des regional üblichen Entlohnungsniveaus resultieren, nachvollzogen werden, sodass auch eine Lohntransparenz für die Beschäftigten gewährleistet ist. Pflegeeinrichtungen und -dienste müssen vielerlei einrichtungsspezifische Daten aufbereiten und melden. Sinnvoll ist es, zu prüfen, wie das bestehende Verfahren perspektivisch vereinfacht und Datenerhebungsaufwände reduziert werden können.

## Literatur

- AOK-Bundesverband (2022a) Bundesweite Übersicht der regional üblichen Entlohnungsniveaus. [https://www.aok.de/gp/fileadmin/user\\_upload/Pflege/Gesetze/Dateneubersicht\\_Pflege\\_bundesweit.pdf](https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Pflege/Gesetze/Dateneubersicht_Pflege_bundesweit.pdf). Zugegriffen: 24. Sept. 2023
- AOK-Bundesverband (2022b) 25 Prozent der Pflegeeinrichtungen zahlen schon auf Tarifniveau, 53 Prozent werden nachziehen. Erste Rückmeldungen zur Umsetzung der Tariftreue-Regelungen liegen vor. [https://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2022/index\\_25723.html](https://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2022/index_25723.html). Zugegriffen: 22. Sept. 2023
- AOK-Bundesverband (2023) Bundesweite Übersicht der regional üblichen Entlohnungsniveaus. [https://www.aok.de/gp/fileadmin/user\\_upload/Pflege/Gesetze/Dateneubersicht\\_Pflege\\_bundesweit.pdf](https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Pflege/Gesetze/Dateneubersicht_Pflege_bundesweit.pdf). Zugegriffen: 1. Aug. 2024
- Auffenberg J, Becka D, Evans M, Kokott N, Schleicher S, Braun E (2022) „Ich pflege wieder, wenn ...“ – Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften. [https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Politik/Rente\\_Gesundheit\\_Pflege/Bundesweite\\_Studie\\_Ich\\_pflege\\_wieder\\_wenn\\_Langfassung.pdf](https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf). Zugegriffen: 5. Aug. 2024 (Ein Kooperationsprojekt der Arbeitnehmerkammer Bremen, des Instituts Arbeit und Technik Gelsenkirchen und der Arbeitskammer des Saarlandes, Arbeitnehmerkammer Bremen)
- Bauchhage-Hoffer F (2024) Die Tariftreuregelungen für Pflegeeinrichtungen in §§ 72, 82c SGB XI. Teil 1: Die Zulassungsregelungen in § 72 SGB XI. *Z Arbeitsr Tarifpolit kirchl Unternehmen* 12(2):62–67
- BIBB – Bundesinstitut für Berufsbildung (2023) Tarifliche Ausbildungsvergütungen. <https://www.bibb.de/de/12209.php>. Zugegriffen: 5. Aug. 2024
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2023) Pflegearbeitsplatz mit Zukunft. Die Ergebnisse der Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege auf einen Blick. BMG, Berlin ([https://pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/Downloads/Arbeitsplatzstudie/BMG\\_PND-TDPF\\_Broschuere\\_Arbeitsplatzsituation\\_barrierefrei.pdf](https://pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/Downloads/Arbeitsplatzstudie/BMG_PND-TDPF_Broschuere_Arbeitsplatzsituation_barrierefrei.pdf)). Zugegriffen: 02. August 2024
- BMG, BMFSFJ, BMAS (2020) Konziertierte Aktion Pflege. Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. BMG. BMG/BMFSFJ/BMAS, Berlin ([https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/2020-12-09\\_Umsetzungsbericht\\_KAP\\_barrierefrei.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/2020-12-09_Umsetzungsbericht_KAP_barrierefrei.pdf)). Zugegriffen: 05. August 2024
- Boockmann B, Harsch K, Kirchmann A, Klee G, Kleimann R, Klemp C, Koch A, Krumm R, Neumann M, Rattenhuber PP, Rosemann M, Sappl R, Späth J, Strotmann H, Verbeek H (2011) Evaluation bestehender Mindestlohnregelungen-Branche: Pflege. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V. (IAW), Tübingen ([https://www.iaw.edu/files/dokumente/iaw\\_abschlussbericht\\_evaluation\\_mindestlohnregelungen\\_pflege\\_31082011.pdf](https://www.iaw.edu/files/dokumente/iaw_abschlussbericht_evaluation_mindestlohnregelungen_pflege_31082011.pdf)). Zugegriffen: 05. August 2024
- Carstensen J, Seibert H, Wiethöler D (2023) Entgelte von Pflegekräften 2022. Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung, Nürnberg ([https://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte\\_von\\_Pflegekraeften\\_2022.pdf](https://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2022.pdf)). Zugegriffen: 01. August 2024
- DCS-Pflege (2022a) Meldungen nach § 72 Abs. 3e SGB XI zum 30. Sept. 2022
- DCS-Pflege (2022b) Meldungen nach § 72 Abs. 3d SGB XI zum 30. Apr. 2022
- Evans M (2023) „Tariftreue“ in der Altenpflege. Neue Governance zwischen Tarifpolitik und Sozialstaat. *WSI* 03:221–227
- Evans M, Ludwig C (2019) Zwischen Aufwertung, Abwertung und Polarisierung. Chancen der Tarif- und Lohnpolitik für eine arbeitspolitische „High-Road-Strategie“ in der Altenpflege. Working Paper Forschungsförderung, 128. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf ([https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-007143/p\\_fofoe\\_WP\\_128\\_2019.pdf](https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-007143/p_fofoe_WP_128_2019.pdf)). Zugegriffen: 01. August 2024
- Evans M, Szepan N-M (2023) Über den Applaus hinaus. *G+G-digital* 2023. <https://archiv.gg-digital.de/2023/04/ueber-den-applaus-hinaus/index.html>. Zugegriffen: 5. Aug. 2024
- Isfort M, Helga G, Daniel T (2022) Berufseinmündung und Berufsverbleib in der Pflege in NRW. Eine Analyse der Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege einschließlich der Ermittlung relevanter Gehaltsstrukturen und -daten. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP), Köln ([https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/Aktuelles/Berufseinm%C3%BCndung\\_Studienbericht\\_.pdf](https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/Aktuelles/Berufseinm%C3%BCndung_Studienbericht_.pdf)). Zugegriffen: 05. August 2024
- Lenzen J, Evans-Borchers M (2024a) Tariftreue in der Altenpflege. Expertise zur Umsetzung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) in Nordrhein-Westfalen. Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen ([https://www.iat.eu/aktuell/veroeff/2024/Tariftreue\\_in\\_der\\_Altenpflege\\_Evans-Borchers\\_Lenzen.pdf](https://www.iat.eu/aktuell/veroeff/2024/Tariftreue_in_der_Altenpflege_Evans-Borchers_Lenzen.pdf)). Zugegriffen: 05. August 2024
- Lenzen J, Evans-Borchers M (2024b) Tarifgerechte Entlohnung in der Pflege im Spiegel der Attraktivität des Pflegeberufs. *Forschung Aktuell*, 04. Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule, Gelsenkirchen <https://doi.org/10.53190/fa/202404>
- Lenzen J, Evans-Borchers M (2024c) Tarifgerechte Entlohnung: Wo steht die Pflege in NRW? *Altenheim* 63 (8):52–55

- Lenzen J, Becker D, Evans M (2023) Präferenzordnungen von beruflich Pflegenden in NRW. Impulse für Strategien zur Fachkräftesicherung. *Forschung Aktuell*, 08. Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen, Gelsenkirchen <https://doi.org/10.53190/fa/202308>
- Ludwig C, Evans M (2020) Löhne in der Altenpflege: Helferniveaus im Spiegel von Fachkräftesicherung und Lohnverteilung. Ein Beitrag zur Lohn- und Tarifdebatte. *Forschung Aktuell*, 11. Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule, Gelsenkirchen (<https://www.iat.eu/forschung-aktuell/2020/fa2020-11.pdf>). Zugegriffen: 05. August 2024)
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024) Engpassberuf: Pflegefachkräfte verdienten im April 2023 überdurchschnittlich. Pressemitteilung Nr. 121 vom 25. März 2024. [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/03/PD24\\_121\\_62.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/03/PD24_121_62.html). Zugegriffen: 5. Aug. 2024
- Tisch T, Braeseke G, Ochmann R, Nolting H-D (2019) Quantifizierung der finanziellen Auswirkungen flächendeckender Tarife in der Altenpflege. Ergebnisse des Forschungsgutachtens. IGES, Berlin ([https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Konzertierte\\_Aktion\\_Pflege/0619\\_KAP\\_Vereinbarungstext\\_AG\\_5\\_Anlage\\_4\\_IGES-Gutachten.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstext_AG_5_Anlage_4_IGES-Gutachten.pdf)). Zugegriffen: 05. August 2024)
- TNS Infratest (2017) Abschlussbericht. Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht\\_Evaluation\\_PNG\\_PSG\\_I.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf). Zugegriffen: 5. Aug. 2024
- WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK (2023) AOK-Pflegenavigator. Datenjahre 2017–2022, jeweils zum Datenstand 31.12

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# Zuwanderung und Anwerbung internationaler Pflegefachkräfte

*Lisa Pepler*

## Inhaltsverzeichnis

- 12.1 **Zur Einführung – 175**
- 12.2 **Das Anerkennungsverfahren: Öffnung des deutschen Arbeitsmarktes für internationale Pflegefachkräfte – 176**
- 12.3 **Initiativen zur Anwerbung und Integration von internationalen Pflegefachkräften – 176**
  - 12.3.1 Triple Win: staatliche Anwerbebemühungen durch bilaterale Abkommen – 176
  - 12.3.2 Vermarktlichung der Pflegemigration durch private Vermittlungsagenturen – 177
  - 12.3.3 Das Gütezeichen „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ – 177
- 12.4 **Herausforderungen für den beruflichen Alltag in der pflegerischen Versorgung – 177**
  - 12.4.1 Variierende Pflegeverständnisse und professionelle Tätigkeitsbereiche – 178
  - 12.4.2 Kommunikation im Arbeitsalltag – 179
  - 12.4.3 Kulturalisierung und Diskriminierung – 180
  - 12.4.4 Kulturelle Kompetenz und kultursensible Versorgung in der Pflege – 180
  - 12.4.5 Internationale Pflegefachkräfte: transnationale Lebenswelten – 181

**12.5 Diskussion: Relevanz der Zuwanderung internationaler  
Pflegefachkräfte für die Lösung  
des Pflegekräftemangels in Deutschland – 181**

**Literatur – 182**

### ■ Zusammenfassung

*Aufgrund des eklatanten Fachkräftemangels in der Pflege forciert Deutschland die Zuwanderung internationaler Pflegefachkräfte und intensiviert die Bemühungen um Anwerbung für den Arbeitsmarkt. Die Vereinfachung rechtlicher Rahmenbedingungen durch das Anerkennungsgesetz (2012) und das Fachkräfteeinwanderungsgesetz (2020/2023) – und die damit verbundene Zunahme internationaler Pflegefachkräfte in der Versorgung – führen allerdings dazu, dass die Einrichtungen und die Pflegekräfte gefordert sind. Im Versorgungsalltag rücken variierende Pflegeverständnisse mit unterschiedlichen Erwartungen an pflegerische Tätigkeitsprofile und Verantwortungsbereiche in den Fokus, die von den Beteiligten adressiert und bearbeitet werden müssen. Vor dem Hintergrund der derzeitigen tiefgreifenden Veränderungsprozesse in der deutschen Pflege führt dies wiederum zu verstärkten Auseinandersetzungen hinsichtlich des Pflegeverständnisses. Letztlich besitzt die Zuwanderung internationaler Pflegefachkräfte nicht nur eine quantitative Relevanz, sondern auch eine qualitative – nämlich hinsichtlich der Chance, den Pflegeberuf wieder attraktiver und international anschlussfähig zu machen.*

*Due to the glaring shortage of skilled nursing staff, Germany is forcing the immigration of international nursing staff and intensifies efforts to recruit them for the labour market. However, the simplification of the legal framework through the Recognition Act (2012) and the Skilled Labour Immigration Act (2020/2023) – and the associated increase in international nursing staff – poses challenges for facilities and nurses. In day-to-day nursing care, different understandings of nursing with varying expectations of nursing job profiles and areas of responsibility are coming into focus which must be addressed and dealt with by those involved. Against the backdrop of the current far-reaching change processes in German nursing care, this in turn leads to increased negotiation of the understanding of care. Ultimately, the immigration of inter-*

*national nursing professionals is not only of quantitative, but also of qualitative relevance – namely with regard to the opportunity to make the nursing profession more attractive and internationally compatible.*

## 12.1 Zur Einführung

Aufgrund des eklatanten Fachkräftemangels in der Pflege verfolgt die Bundesrepublik seit einigen Jahren die gezielte Anwerbung internationaler Pflegefachkräfte. Deutschland ist jedoch ein vergleichsweise neuer Player im Ringen um Pflegefachkräfte auf einem globalisierten Arbeitsmarkt (Pütz et al. 2019) und befindet sich im Wettbewerb mit klassischen Einwanderungsländern wie der USA und Großbritannien (Grgic et al. 2019). Den Wendepunkt der arbeitsmarktbezogenen Migrationspolitik, die seit dem Anwerbestopp von 1973 eher durch Abschottung charakterisiert war, markiert das Anerkennungsgesetz von 2012. Seitdem haben Fachkräfte einen Rechtsanspruch auf Durchführung eines Anerkennungsverfahrens, an dessen Ende bestenfalls die staatliche Erlaubnis zur Ausübung des Pflegeberufs steht (s. u.). Das Anerkennungsgesetz bildet die Grundlage für die Zuwanderung und die systematische Anwerbung von internationalen Pflegefachkräften (SVR 2022).

Die Anzahl der ausländischen, sozialversicherungspflichtig beschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger stieg innerhalb von fünf Jahren von 22.352 (2013) auf 38.709 (2018), was einen Zuwachs um 73,2 % bedeutet (Graf und Heß 2020). Bereits 16,5 % der Erwerbstätigen in den Gesundheits- und Pflegeberufen sind im Ausland geboren (SVR 2022). Dieser Wert dürfte zukünftig weiter ansteigen, denn die Immigration von Gesundheitsfachkräften nach Deutschland ist politisch gewollt (Kordes et al. 2020; Peppler 2018). Mit dem Fachkräfteeinwanderungsgesetz 2020 und dessen Weiterentwicklung 2023 wurden die arbeits- und aufenthaltsrechtlichen Rahmenbedingungen für die Erwerbsmigration weiter systematisiert, um die Zuwanderung

besser für den Arbeitsmarkt nutzbar zu machen (SVR 2024).

## 12.2 Das Anerkennungsverfahren: Öffnung des deutschen Arbeitsmarktes für internationale Pflegefachkräfte

Im Rahmen des Anerkennungsverfahrens wird festgestellt, ob und inwiefern die im Ausland erworbene pflegerische Qualifikation derjenigen des deutschen Referenzberufs „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“ (seit 2020) gleichwertig ist. Der formale Ablauf des Anerkennungsverfahrens richtet sich nach dem Herkunftsland: Ein Abschluss aus der Europäischen Union oder der Schweiz wird automatisch als gleichwertig anerkannt. Ein Abschluss aus einem Drittstaat wird einer individuellen Gleichwertigkeitsprüfung unterzogen. Bei wesentlichen Unterschieden kann eine Kenntnisprüfung oder ein Anpassungslehrgang absolviert werden. Daran anschließend wird die volle Gleichwertigkeit der pflegerischen Qualifikation festgestellt. Außerdem müssen deutsche (Fachsprachen-)Kenntnisse auf B2-Niveau nachgewiesen werden (eine übersichtliche grafische Darstellung des Anerkennungsverfahrens findet sich in: SVR 2022).

Das Anerkennungsgesetz von 2012 erleichterte vor allem Pflegefachkräften aus Drittstaaten die Immigration: Während 2012 die meisten Anträge noch von EU-Angehörigen gestellt wurden, stammten 2016 bereits über die Hälfte der Antragsstellenden aus Drittstaaten, 2021 waren es 76 % (Böse und Schmitz 2022). Die Herkunftsländer der Antragsstellenden waren 2018 zumeist Bosnien und Herzegowina (17,6 %), Serbien (15,4 %) und die Philippinen (13,6 %), mit etwas Abstand gefolgt von Albanien (7,9 %) und Rumänien (6,9 %). Die Kategorie „Sonstige“ verweist mit 38,7 % deutlich auf die Diversifizierung der Herkunftsländer in den letzten Jahren (SVR 2022).

Die Anträge auf Anerkennung für den Referenzberuf Gesundheits- und Krankenpfleger/in (bis 2020) verdreifachten sich innerhalb von vier Jahren fast von 5.937 (2015) auf 14.859 (2019). Für den Referenzberuf des Altenpflegers bzw. der Altenpflegerin wurden kaum Anträge verzeichnet, da diese Qualifikation in den meisten Ländern nicht existiert (SVR 2022). Aufgrund des wachsenden Anteils an Anerkennungsverfahren zu Abschlüssen aus Drittstaaten nimmt der Bedarf an Ausgleichsmaßnahmen allerdings stetig zu, was wiederum Fragen finanzieller, zeitlicher und personeller Ressourcen aufwirft (Böse und Schmitz 2022). Zudem wird der Anerkennungsprozess immer wieder als langwierig und kompliziert kritisiert, was beispielsweise mit der föderalistischen Struktur des deutschen Gesundheitssystems und fehlenden personellen Ressourcen der zuständigen Behörden zusammenhängt (SVR 2022).

## 12.3 Initiativen zur Anwerbung und Integration von internationalen Pflegefachkräften

Die internationalen Pflegefachkräfte kommen zumeist aufgrund von direkter Anwerbung durch Unternehmen und Einrichtungen sowie über private Vermittlungsagenturen, aber auch auf „eigene Faust“ nach Deutschland (SVR 2022).

### 12.3.1 Triple Win: staatliche Anwerbebemühungen durch bilaterale Abkommen

Das staatliche Vermittlungsprojekt Triple Win wurde 2013 ins Leben gerufen, um qualifizierte Pflegefachkräfte auf Basis bilateraler Abkommen für den deutschen Arbeitsmarkt zu gewinnen (Bundesagentur für Arbeit 2024a). Den Anfang der bilateralen Abkommen mit der Bundesrepublik machten die Philippinen,

es folgten Bosnien und Herzegowina, Serbien und Tunesien. Mittlerweile sind zahlreiche Partnerländer aus Mittel- und Südamerika sowie weitere Länder aus Südostasien hinzugekommen. 2019 wurde außerdem eine Kooperation mit Vietnam geschlossen, bei der die Teilnehmenden ihre pflegerische Ausbildung in Deutschland absolvieren. Dadurch soll der teure und zeitintensive Anerkennungsprozess vermieden werden.

### 12.3.2 Vermarktlichung der Pflegemigration durch private Vermittlungsagenturen

---

Mit der Intensivierung der Anwerbebemühungen und aufgrund der komplexen gesetzlichen Rahmenbedingungen konnten sich private Vermittlungsagenturen „als fester Bestandteil der Migrationsarrangements“ (Rand et al. 2019, S. 27) etablieren. Trotz vielfältiger Erscheinungsformen und Tätigkeitsfelder besteht ihr Geschäftsmodell im Wesentlichen darin, Einrichtungen mit offenen Stellen und internationale Pflegefachkräfte zusammenzubringen und den Vermittlungsprozess zu begleiten (Rand et al. 2019). Wie Rand et al. schreiben, bedeutet diese Entwicklung eine Vermarktlichung der Vermittlung, da die internationalen Pflegefachkräfte entsprechend den Anforderungen des Arbeitsmarktes und der Arbeitgeber ausgewählt und geschult werden, „damit sie als ‚fertige‘ Arbeitskräfte auf dem Arbeitsmarkt platziert werden können“ (S. 28).

### 12.3.3 Das Gütezeichen „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“

---

In den letzten Jahren wurde wiederholt von „Schwarzen Schafen“ – Arbeitgeber oder Vermittlungsagenturen – berichtet, die sich die angespannte Personalsituation zunutze machen, indem sie internationale Pflegefachkräfte mit

Versprechungen in Knebelverträge locken. Um solche Praktiken einzudämmen, wird seit 2022 das Gütezeichen „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) herausgegeben. Es wird an Unternehmen verliehen, die sich bei der Vermittlung und Anwerbung an ethische Standards wie beispielsweise den WHO-Code of Practice (WHO 2010) halten und die für eine umfangreiche soziale und betriebliche Integration der internationalen Pflegefachkräfte sorgen. Für die Umsetzung und Weiterentwicklung der Prozesse ist die Gütegemeinschaft Anwerbung und Vermittlung von Pflegekräften aus dem Ausland e. V. zuständig.

### 12.4 Herausforderungen für den beruflichen Alltag in der pflegerischen Versorgung

---

Mit der Systematisierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen wurde zwar der Zugang zum pflegerischen Arbeitsmarkt in Deutschland erleichtert – allerdings verschieben sich die Herausforderungen der betrieblichen und sozialen Integration auf die Ebenen der versorgenden Einrichtungen, der pflegerischen Leitungspersonen, der Pflegeteams und der einzelnen Pflegefachkräfte. Für den Versorgungsalltag sind nämlich auch diejenigen Aspekte relevant, die *nicht* im Anerkennungsverfahren durch formale Nachqualifizierung erworben werden können, sondern durch Erfahrung und soziale Interaktionen im Laufe der Zeit erlernt werden. Dieses informelle Wissen hinsichtlich Arbeitsorganisation und Verantwortungsbereiche im pflegerischen Alltag deutscher Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen müssen sich die internationalen Pflegefachkräfte erst aneignen.

Dies erfordert erhebliche Anpassungs- und Transferleistungen, die bisher zumeist von den internationalen Pflegefachkräften erwartet werden, während die Einrichtungen selbst sich eher unbeweglich zeigen (Gold et al. 2019; Rand et al. 2019; Stagge 2016). Diese er-

warten, dass die neuen Fachkräfte „unter den vorherrschenden Bedingungen gleich funktionieren und volle Leistung erbringen“ (Rand et al. 2019, S. 185–186). Erst langsam scheint sich die Erkenntnis durchzusetzen, dass die nachhaltige Integration in ein Arbeitsteam ein andauernder sozialer Prozess ist, der Engagement von allen Beteiligten erfordert (Gold et al. 2019). Erst nach ungefähr drei Jahren verlieren die Herkunft der neuen Teammitglieder und ihr Weg in die deutsche Pflege an Bedeutung im Arbeitsalltag (Reiff et al. 2020). Leitende Pflegekräfte sollten ihre Teams daher frühzeitig in den Prozess einbeziehen und vorbereiten (SVR 2022). Denn diese nehmen eine Schlüsselfunktion für die vorherrschende Arbeits- und Teamkultur ein (Gold et al. 2019) und können durch ein fundiertes Erwartungsmanagement die Frustrationserlebnisse für alle Beteiligten schmälern.

Die Zahl der Arbeitgeber, die unterstützen des Onboarding und eine (migrationssensible) Einarbeitung in ihren Einrichtungen implementieren, scheint in jüngster Zeit zuzunehmen. Dabei handelt es sich wohl zumeist um Einrichtungen, die entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen aufbringen wollen und können. Dennoch beziehen sich die betrieblichen Integrationsaktivitäten primär auf fachliche Anweisungen im Sinne einer Anpassung an deutsche Standards (Rand et al. 2019).

#### 12.4.1 Variierende Pflegeverständnisse und professionelle Tätigkeitsbereiche

Viele Aspekte des Pflegeverständnisses sind kulturübergreifend auf einer professionellen Ebene gültig, wie etwa Fachlichkeit, die Anpassung an die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen oder die Anwendung medizinisch-pflegewissenschaftlicher Qualitätsstandards (Achoumrar 2023). Die Aushandlungen im pflegerischen Alltag betreffen allerdings die konkrete Praxis – was bedeutet Fachlichkeit, wie

geht man auf die Pflegebedürftigen ein, welche Standards gelten?

Da die duale Berufsausbildung mit der Kombination aus Berufsschule und praktischer Ausbildung in anderen Ländern nicht existiert, werden angehende Pflegefachkräfte dort zumeist universitär ausgebildet und verfügen somit über einen akademischen Abschluss (z. B. in Bulgarien, Spanien, Mexiko und auf den Philippinen). Demgegenüber sind es in Deutschland lediglich knapp zwei Prozent eines Pflegejahrgangs, die ein primärqualifizierendes Studium absolvieren (Lehmann et al. 2019). Doch Studium ist nicht gleich Studium: Die Inhalte der pflegerischen Ausbildung unterscheiden sich voneinander. Sie stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit den jeweiligen professionellen Tätigkeitsprofilen: In anderen Ländern beinhaltet die akademische Ausbildung hohe medizinische Anteile, weil die Pflegefachkräfte dort häufig medizinnahe Tätigkeiten ausführen. In Deutschland beinhaltet auch die – noch junge – primärqualifizierende akademische Ausbildung grundpflegerische Tätigkeiten, weil diese zum Aufgabenspektrum der Pflegefachkräfte gehören. Daher erwarten hiesige Pflegefachkräfte von ihren neuen internationalen Kolleginnen und Kollegen, dass sie entsprechende Aufgaben übernehmen. Deren mangelnde grundpflegerische Erfahrungen führen im Versorgungsalltag immer wieder zu Diskussionen.

Die pflegerischen Aufgaben innerhalb des Gesamtgefüges gesundheitlicher Versorgung stehen wiederum im Zusammenhang mit dem jeweils spezifischen Verhältnis zwischen Pflege und Ärzteschaft. In vielen anderen Ländern managen die Pflegefachkräfte den Pflegeprozess autonomer als in Deutschland, wo pflegerische Aufgaben zumeist durch direkte ärztliche Anordnung erfolgen dürfen (Rand et al. 2019) – wengleich sich durch die Vorbehaltsaufgaben (Pflegeberufegesetz 2017) ein deutlicher Wandel zu mehr Autonomie in der deutschen Pflege abzeichnet. Mit mehr Autonomie der Pflege gegenüber der Ärzteschaft geht oftmals eine formalisiertere Hierarchie

innerhalb der Pflege einher. Deshalb führen Pflegefachkräfte in diesen Ländern ausschließlich Behandlungspflege durch, während die Grundpflege den Pflegehilfskräften, Pflegeassistentinnen und -assistenten oder Angehörigen obliegt.

Vor diesem Hintergrund bedeutet die formale Anerkennung in Deutschland für die akademisch ausgebildeten Pflegefachkräfte eine „paradoxe Anerkennungs- und Entwertungserfahrung zugleich“ (Kontos et al. 2019, S. 156). Sie erfahren eine Diskrepanz zwischen dem professionellen Selbstbild aus ihrem Herkunftsland und den pflegerischen Tätigkeiten in Deutschland (Rand et al. 2019), was oftmals zu großer Enttäuschung bei den internationalen Pflegefachkräften führt und erhebliches Konfliktpotenzial birgt. Auf der anderen Seite wird ihr akademisches Wissen von „alteingesessenen“ Pflegefachkräften selten anerkannt, sondern vor dem Hintergrund ihrer eigenen Berufsausbildung eher als praxisfern abqualifiziert oder als Arroganz gedeutet (Gold et al. 2019). Das wiederum führt leicht dazu, dass fachliche Expertise abgewertet, ignoriert oder übersehen wird. Kontos et al. (2019) führten biographische Interviews mit internationalen Pflegefachkräften und kamen zu dem Ergebnis, dass sich in allen Interviews eine spezifische Grundstruktur finden ließ – die der „ambivalenten Anpassung“ (S. 151). Gemeinsam war den Interviewten die Erfahrung der verweigerten Anerkennung im Berufsalltag. In vielen Interviews zeigte sich ein Bedauern darüber, dass die eigenen Pflegeideale nicht praktiziert werden können und dass es im Deutschland kaum Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung gibt.

### 12.4.2 Kommunikation im Arbeitsalltag

Die Kommunikation stellt einen zentralen Aspekt für eine gelingende Zusammenarbeit dar; sowohl im Pflgeteam als auch mit anderen Berufsgruppen – insbesondere der Ärzte-

schaft – sowie mit Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.

Eine gelingende Kommunikation steht in direktem Zusammenhang mit dem Erwerb deutscher Sprachkenntnisse, denn unzureichende Deutschkenntnisse erschweren die Einarbeitung und die Zusammenarbeit, gefährden gegebenenfalls auch die Behandlungsqualität und die Patientensicherheit (Hierold und Wenzel 2023). Die Deutschkenntnisse müssen über das B2-Zertifikat hinaus im Arbeitsalltag eingeübt und trainiert werden (SVR 2022), wo eher selten langsam und deutlich Hochdeutsch gesprochen wird, damit alle folgen können. Vielmehr herrscht dort zumeist ein Mix aus dem Dialekt der betreffenden Region, den Akzenten der Pflegefachkräfte mit variierenden Muttersprachen und Deutschkenntnissen sowie dem oftmals spezifischen Pflegejargon (beispielsweise wird jemand mit B2-Zertifikat die „Pfanne“ eher in der Küche suchen und sich fragen, was eine „Ente“ im Krankenhaus soll).

Böhlich et al. (2023) benennen weitere typische Herausforderungen im Arbeitsalltag von kulturell diversen Pflgeteams: Das in der deutschen Pflege verbreitete offene Äußern von Kritik wird in manchen Herkunftsländern als Gesichtverlust seitens der kritisierten Person gesehen. Zudem ist es in Deutschland üblich, sich innerhalb des Pflgeteams eher informell anzusprechen, was in anderen Ländern weniger praktiziert wird. Dies betrifft auch den Führungsstil und die Hierarchiestrukturen, denn während in Deutschland eher der kooperative Führungsstil verfolgt wird, werden in einigen Herkunftsländern Kontrolle und klare Anweisungen seitens der Leitung erwartet. Konstruktive Kritik verbietet sich in einer solchen Arbeitskultur, sodass entsprechende Äußerungen gegenüber der Leitung nicht getätigt werden. Außerdem konstatieren Rand et al. (2019), dass notwendiges Wissen aus Perspektive der internationalen Pflegefachkräfte zurückgehalten bzw. unverständlich weitergegeben wird – was diese wiederum als Missachtung seitens der „Alteingesessenen“ deuten.

### 12.4.3 Kulturalisierung und Diskriminierung

---

Die oben dargestellten Auseinandersetzungen um Fachlichkeit und Arbeitsorganisation im Arbeitsalltag werden häufig nicht als solche erkannt und produktiv bearbeitet, sondern von den Beteiligten als kulturelle Konflikte wahrgenommen und entlang essentialistischer Kulturbegriffe erklärt und legitimiert (Pütz et al. 2019). Auftretende Dissonanzen werden also eher auf persönlicher Ebene ausgetragen, was zu Polarisierung innerhalb des Teams führen kann (Grgic et al. 2019). Mit Kulturalisierung geht die Vorstellung einher, „kulturelle Differenzen“ seien „natürlich“ und damit unveränderlich – gewissermaßen also unüberbrückbar. Solche Kulturalisierungen sind bei Vorgesetzten und etablierten Pflegefachkräften besonders stark ausgeprägt (Rand et al. 2019).

Vermutlich besteht hier ein Zusammenhang mit der Feststellung, dass internationale Pflegefachkräfte häufig Diskriminierungserfahrungen machen (Kontos et al. 2019; Theobald 2017; Yolci et al. 2022). Dies wiederum spricht sich innerhalb der internationalen „Pflege-Communities“ herum (Lugert-Jose 2023) und führt mittlerweile dazu, dass immer mehr Pflegefachkräfte Alternativen zu Deutschland als Zielland suchen (Lill 2024).

In den Interviews, die Rand et al. (2019) mit internationalen Pflegefachpersonen führten, werden Konflikte weniger generalisierend, sondern eher situativ und selbstreflexiv gedeutet. Dies mag damit zusammenhängen, dass ein Migrationshintergrund bei Gesundheitspersonal in positivem Zusammenhang mit der Schlüsselkompetenz im Umgang mit soziokultureller Diversität, nämlich kultureller Kompetenz, steht (Schenk et al. 2022).

### 12.4.4 Kulturelle Kompetenz und kultursensible Versorgung in der Pflege

---

Neben Fachkenntnissen bringen die internationalen Pflegefachkräfte auch kulturelle und sprachliche Kenntnisse mit, die einen großen Gewinn für die kultursensible Versorgung darstellen – dieser Aspekt wird in der aktuellen Diskussion um die Immigration und Integration internationaler Pflegefachkräfte zu oft vergessen (Böhlich et al. 2023). Einrichtungen in Regionen mit einem hohen Anteil migrantischer Wohnbevölkerung beschäftigen demzufolge gerne internationale Mitarbeitende – auch deshalb, weil sie ihr Wissen über den kulturspezifischen Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Arbeitsalltag an ihre nicht-migranten Kolleginnen und Kollegen vermitteln und dadurch eine Mittler- und Multiplikatorenfunktion einnehmen.

Dies wirkt sich wiederum positiv auf die Zusammenarbeit aus: In Arbeitskontexten, in denen viele der Pflegenden ausländische Wurzeln haben, werden kulturelle Unterschiede nicht als Problem angesehen, zugleich ist die Anerkennung internationaler Pflegefachkräfte größer. Neugier und Interesse an den Pflegekulturen anderer Länder seitens der in Deutschland sozialisierten Pflegenden führt zu einer höheren Akzeptanz (Reiff et al. 2020). Denn die Teamkultur – gegenseitige Anerkennung und das gemeinsame Bewältigen des Arbeitsalltags – spielt eine zentrale Rolle für nachhaltige Integrationsprozesse (Gold et al. 2019). Die Einrichtungen und die Pflegeteams scheinen sich darin zu unterscheiden, wie sie mit internationalen Pflegefachkräften umgehen – ob sie eher wertschätzend und unterstützend agieren oder ungeduldig und abweisend (Pepler 2021; Reiff et al. 2020).

### 12.4.5 Internationale Pflegefachkräfte: transnationale Lebenswelten

Während die deutsche Politik und die Einrichtungen an einer langfristigen Bindung der internationalen Pflegefachkräfte interessiert sind, sind die Erwartungen an die Dauer des Arbeitsverhältnisses oder des Aufenthalts in Deutschland seitens der migrierenden Pflegefachkräfte selbst von vielen Faktoren abhängig. Die Pflegefachkräfte treffen ihre Entscheidung zur Migration nicht alleine, sondern nach einem längeren Prozess des Abwägens und Aushandelns mit der Familie (Kontos et al. 2019) – es handelt sich bei dieser Erwerbsmigration also um familiäre Migrationsprojekte. Zudem migrieren die internationalen Pflegefachkräfte häufig entlang transnationaler Netzwerke auf einem globalisierten Arbeitsmarkt; sie gehören häufig zu transnationalen Communities, deren Mitglieder sich über verschiedene Zielländer verteilen und im Austausch miteinander stehen.

### 12.5 Diskussion: Relevanz der Zuwanderung internationaler Pflegefachkräfte für die Lösung des Pflegekräftemangels in Deutschland

Laut GIZ wurden bis 2024 über das Triple-Win-Projekt 6.200 Pflegefachkräfte vermittelt (GIZ 2024). Diese Zahl sagt jedoch nichts über den langfristigen Verbleib der Fachkräfte aus. Da außerdem bisher nur ein kleiner Teil über die staatlichen Anwerbeprogramme nach Deutschland kommt (SVR 2022), wird die Gesamtzahl der zuwandernden Pflegefachkräfte weitaus höher liegen. An den prognostizierten zusätzlichen Bedarf von 280.000 bis 690.000 Pflegekräfte in Deutschland im Jahr 2049 (Statistisches Bundesamt 2024) dürfte jedoch selbst die großzügigste Schätzung nicht heranreichen. Die quantitative Relevanz ließe

sich besser darstellen, gäbe es aussagekräftige Statistiken zu Zuwanderung, Beschäftigung und Verbleib internationaler Pflegefachkräfte (SVR 2024). Denn aufgrund der geschilderten Herausforderungen ist die Fluktuation von internationalen Pflegefachkräften sehr ausgeprägt; sie wechseln die Station oder die Einrichtung, sie migrieren weiter oder sie kehren in ihr Herkunftsland zurück (SVR 2022). Allein vor dem Hintergrund der Zahlen kann – und soll – die Zuwanderung internationaler Fachkräfte den Personalmangel nicht lösen. Sie ist jedoch *ein zentraler Baustein* in der Gesamtstrategie zur Verbesserung der Situation in der Pflege.

Generell besteht Konsens darüber, dass sich die Bedingungen in der Pflege *insgesamt* verbessern müssen, um den Beruf wieder attraktiver zu machen. Dies spiegelt sich zum Beispiel in den Arbeitsgruppen der Konzentrierten Aktion Pflege wider, die neben dem Thema „Pflegekräfte aus dem Ausland“ (AG 4) beispielsweise auch bessere Arbeits- und Ausbildungsbedingungen erarbeiten. Die Verbesserungsmöglichkeiten sind bekannt und werden von Politik und Interessenverbänden adressiert: Die Ausdifferenzierung von beruflichen Laufbahnen in der Pflege durch generalistische Ausbildung, (Teil-)Akademisierung und Weiterbildungsmöglichkeiten, mehr Autonomie und Gestaltungsmacht im Berufsalltag sowie die Verbesserung der Rahmenbedingungen pflegerischer Versorgung und Ausbildung (Bundesagentur für Arbeit 2024b; Bundesministerium für Gesundheit 2023; Deutscher Pflegerat 2023).

Die Pflege in Deutschland durchläuft derzeit also einen rapiden und tiefgreifenden Veränderungsprozess unter den Bedingungen des eklatanten Fachkräftemangels, der bei allen Beteiligten einen starken Anpassungsdruck erzeugt. Dies führt zu intensiven Aushandlungen pflegerischer Rollenerwartungen und Routinen. Vor diesem Hintergrund ist die Zuwanderung internationaler Pflegefachkräfte mehr als ein „Add on.“ Die internationalen Pflegefachkräfte sind direkt mit diesem Prozess verflochten: Sie halten der deutschen Pflege

ge insbesondere hinsichtlich Akademisierung und pflegerischer Verantwortungsbereiche den Spiegel vor (Gold et al. 2019; SVR 2022). Insofern kann man gewissermaßen von einer *qualitativen Relevanz* sprechen, die die Zuwanderung internationaler Pflegefachkräfte für die Pflege in Deutschland hat. Denn die derzeitigen Entwicklungen haben in ihrer Gesamtheit durchaus die Chance, den Pflegeberuf in Deutschland wieder attraktiver und international anschlussfähig zu machen.

## Literatur

- Achoumrar B (2023) Gute Pflege im transkulturellen Vergleich: Eine Studie in der stationären Altenpflege unter Betrachtung immaterieller Werte. Springer VS, Wiesbaden
- Böhlich S, Gade C, Reiff E (2023) Who cares? Pflegefachkräfte im Ausland gewinnen. In: Kreuzenbeck C, Schwendemann H, Thiede M (Hrsg) Die Herausforderungen der Generation Babyboomer für das Gesundheitswesen. Springer, Berlin Heidelberg, S 107–125 [https://doi.org/10.1007/978-3-662-67575-5\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-662-67575-5_8)
- Böse C, Schmitz N (2022) Wie lange dauert die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen? Analysen zur Verfahrensdauer anhand der amtlichen Statistik für die Jahre 2017 bis 2021. Ergebnisse des BIBB Anerkennungsmonitorings. BIBB Discussion Paper. Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn
- Bundesagentur für Arbeit (2024a) Programm Triple Win. <https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/projects-programs/health-and-care/triple-win>. Zugegriffen: 24. Juli 2024
- Bundesagentur für Arbeit (2024b) Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
- Bundesministerium für Gesundheit (2023) Pflegearbeitsplatz mit Zukunft! Die Ergebnisse der Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege auf einen Blick
- Deutscher Pflegerat e. V. (2023) Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften. DPR, Berlin
- Gold C, Smeaton S, Maliki S, Tersch M, Schulze U (2019) Eine unterkühlte Willkommenskultur: Ergebnisse einer qualitativen Studie zur Situation neu zugewandelter Pfleger in stationären Einrichtungen. PflWiss 21:130–141. <https://doi.org/10.3936/1584>
- GIZ – Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (2024) Nachhaltig ausgerichtete Gewinnung von Pflegekräften (Triple Win). <https://www.giz.de/de/weltweit/41533.html>. Zugegriffen: 20. September 2024
- Graf J, Heß B (2020) Ausländische nicht-akademische Fachkräfte auf dem deutschen Arbeitsmarkt: Eine Bestandsaufnahme vor dem Inkrafttreten des Fachkräfteeinwanderungsgesetzes. Forschungsbericht 35 des Forschungszentrums des Bundesamtes. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg
- Grgic M, Larsen C, Rand S, Riedel B, Voss D (2019) Vertane Chancen der Fachkräftebindung in der Pflege: Strukturelle Hindernisse bei der Integration von migrierten und quereinsteigenden Fachkräften. Policy Brief. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
- Hierold N, Wenzel E (2023) Die Sprachkompetenz ausländischer Pflegekräfte. In: Büchner VA, Engehausen R, Peters M, Schwaiberger M, Bachmann A, Bartl D, Benter J, van Loo M, Mühle U, Rantzscht T (Hrsg) Zukunft der Pflege im Krankenhaus gestalten: Probleme erkennen, Profession entwickeln, Potenziale fördern. medhochzwei, Heidelberg, S 535–548
- Kontos M, Ruokonen-Engler M-K, Guhlich A (2019) Betriebliche Integrationsprozesse von neu migrierten Pflegefachkräften. In: Pütz R, Kontos M, Larsen C, Rand S, Ruokonen-Engler M-K (Hrsg) Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland: Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf, S 60–170
- Kordes J, Pütz R, Rand S (2020) Analyzing migration management: on the recruitment of nurses to Germany. socscie 9:19. <https://doi.org/10.3390/socsci9020019>
- Lehmann Y, Schaepe C, Wulff I, Ewers M (2019) Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen? medhochzwei, Heidelberg
- Lill F (2024) Zu rassistisch: Philippinische Pflegekräfte wollen nicht nach Deutschland. Frankfurter Rundschau, 15.02.2024. <https://www.fr.de/wirtschaft/philippinische-pflegekraefte-deutschland-zu-rassistisch-fachkraeftemangel-92834747.html>. Zugegriffen: 24. Juli 2024
- Lugert-Jose G (2023) Philippinische Pflegekräfte in Deutschland: Eine Studie zur Mitarbeiterzufriedenheit – Schwerpunkt Diskriminierung und Rassismus. [https://gracelugert.com/wordpress/wp-content/uploads/2023/10/GLJ-Arbeitsplatz-Studie-Phil.Nurses-Fokus-D\\_R-deutsch-20231002.pdf](https://gracelugert.com/wordpress/wp-content/uploads/2023/10/GLJ-Arbeitsplatz-Studie-Phil.Nurses-Fokus-D_R-deutsch-20231002.pdf). Zugegriffen: 15. Juli 2024
- Peppler L (2018) Changes in highly skilled migration policies. Turkish-German medical migration since the 1960s. In: Hercog M, Sandoz L (Hrsg) Highly skilled or highly wanted? Migration Letters 15 (4). Transnational Press, London, S 491–502

- Peppler L (2021) Care in Transition. Pflgeteams im Spannungsfeld zwischen Migration und Akademisierung. *Health Care Manag* 12(4):25
- Pflegerberufegesetz (2017) BGBl. I S. 2581, zuletzt geändert durch Artikel 2a des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359)
- Pütz R, Kontos M, Larsen C, Rand S, Ruokonen-Engler M-K (Hrsg) (2019) Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland: Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte. Study, 416. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
- Rand S, Pütz R, Larsen C (2019) Die Herausbildung eines globalisierten Pflegearbeitsmarktes in Deutschland. In: Pütz R, Kontos M, Larsen C, Rand S, Ruokonen-Engler M-K (Hrsg) Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland: Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf, S 20–59
- Reiff E, Gade C, Böhlich S (2020) Handling the shortage of nurses in Germany: opportunities and challenges of recruiting nursing staff from abroad. IUBH discussion papers, human resources
- Schenk L, Sonntag PT, Beck P, Khan Z, Peppler L, Schouler-Ocak M (2022) Organisational and staff-related effects on cultural competence in the hospital setting. A cross-sectional online survey of nursing and medical staff. *BMC Health Serv Res* 22:644. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07947-x>
- Stagge M (2016) Multikulturelle Teams in der Altenpflege: Eine qualitative Studie. Research. Springer VS, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2024) Bis 2049 werden voraussichtlich mindestens 280 000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt. Pressemitteilung Nr. 033. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- SVR – Sachverständigenrat für Integration und Migration (2022) Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Jahresgutachten 2022. SVR, Berlin
- SVR – Sachverständigenrat für Integration und Migration (2024) Kontinuität oder Paradigmenwechsel? Die Integrations- und Migrationspolitik der letzten Jahre. Jahresgutachten 2024. SVR, Berlin
- Theobald H (2017) Care workers with migration backgrounds in formal care services in Germany: a multi-level intersectional analysis. *Int J Care Caring* 1:209–226. <https://doi.org/10.1332/239788217X14944099147786>
- World Health Organization (2010) WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel
- Yolci A, Schenk L, Sonntag PT, Peppler L, Schouler-Ocak M, Schneider A (2022) Observed and personally experienced discrimination: findings of a cross-sectional survey of physicians and nursing staff. *Hum Resour Health* 20(1):83. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00779-0>

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# Digitalisierung in der Pflege

*Nils Lahmann, Martin Hocquel-Hans und Sandra Strube-Lahmann*

## Inhaltsverzeichnis

- 13.1 Einleitung – 187**
  - 13.1.1 Allgemeine Einführung in die Digitalisierung in verschiedenen Bereichen – 187
  - 13.1.2 Bedeutung der Digitalisierung in der Pflege – 187
  
- 13.2 Digitale Sensorik: Pflegedokumentationssysteme und telebasierte Versorgung zur Unterstützung der Kommunikation – 188**
  - 13.2.1 Definition von digitalen Dokumentationssystemen und Anwendungen in der Pflege (z. B. Überwachung der Vitalparameter, Bewegungsmelder) – 188
  - 13.2.2 Veränderungen des Pflegeprozesses – 189
  
- 13.3 Virtuelle Realität (VR) und Augmented Reality (AR) – 192**
  - 13.3.1 Definition und Unterschiede zwischen VR und AR und Anwendungen in der Pflege – 192
  - 13.3.2 Veränderungen des Pflegeprozesses durch den Einsatz von VR und AR – 192
  
- 13.4 Robotik zur individuellen Versorgung – 193**
  - 13.4.1 Definition und Beispiele von Robotik in der Pflege (z. B. Pflegeroboter, Assistenzsysteme) – 193
  - 13.4.2 Veränderungen des Pflegeprozesses durch den Einsatz von Robotik – 194

## **13.5 Künstliche Intelligenz – 195**

13.5.1 Definition von KI und Beispiel zur Anwendung  
in der Pflege – 195

13.5.2 Veränderungen des Pflegeprozesses durch den Einsatz  
von KI – 195

## **13.6 Schlussfolgerungen – 196**

**Literatur – 197**

## ■ Zusammenfassung

Die Digitalisierung verändert zunehmend den Pflegesektor und verspricht sowohl die Versorgungsqualität als auch die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Dieser Artikel gibt einen Überblick über aktuelle digitale Technologien in der Pflege und ihre Auswirkungen auf Pflegeprozesse. Betrachtet werden Sensorik und digitale Systeme zur Erfassung von Vitalparametern, Aktivitäten und Sturzereignissen, Virtual und Augmented Reality für die Therapie und Ausbildung, Robotik und Exoskelette zur physischen Unterstützung sowie Künstliche Intelligenz zur Spracherkennung und Anwenderinteraktion. Die vorgestellten Technologien können zu einer individualisierten und bedarfsgerechten Versorgung beitragen und darüber hinaus einen Beitrag zur Entlastung des Pflegepersonals leisten. Gleichzeitig erfordern sie neue Kompetenzen von Pflegefachpersonen und eine Anpassung bestehender Prozesse, um die Potenziale der digitalen Transformation voll auszuschöpfen.

*Digitalisation is increasingly changing the care sector and promises to improve both the quality of care and working conditions. This article provides an overview of current digital technologies in care and their impact on care processes. It looks at sensor technology and digital systems for recording vital parameters, activities and fall events, virtual and augmented reality for therapy and training, robotics and exoskeletons for physical support and artificial intelligence for speech recognition and user interaction. The technologies presented can contribute to individualised and needs-based care and also help to relieve the burden on care staff. At the same time, they require new skills from care professionals and an adaptation of existing processes in order to fully exploit the potential of the digital transformation.*

## 13.1 Einleitung

### 13.1.1 Allgemeine Einführung in die Digitalisierung in verschiedenen Bereichen

Die Digitalisierung schreitet in verschiedenen Lebensbereichen rasant voran. Während man im privaten Umfeld zumindest zum Teil noch die Wahl hat, wie sehr man dieser rasanten Entwicklung folgen möchte, so müssen sich viele Arbeitnehmende zunehmend den grundlegenden Veränderungen durch die Digitalisierung am Arbeitsplatz anpassen (Frey und Osborne 2013). Sie hat bereits zu zahlreichen strukturellen Veränderungen am Arbeitsplatz geführt und es ist anzunehmen, dass diese Entwicklung noch lange nicht abgeschlossen ist (Diewald et al. 2020). Im Bildungswesen fördern E-Learning-Plattformen und digitale Werkzeuge wie beispielsweise Virtual Reality (VR) oder Augmented Reality (AR) effektives, flexibles und personalisiertes Lernen (Maroukcas et al. 2023). Der Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) und Automatisierung revolutioniert die Industrie, verbessert die Effizienz und schafft neue Arbeitsmodelle (Chen 2022). Auch im Alltag sind digitale Technologien allgegenwärtig: Smart Homes bieten Komfort und Sicherheit, während E-Commerce und mobile Zahlungen das Einkaufen und Finanztransaktionen erleichtern (Horst et al. 2024).

### 13.1.2 Bedeutung der Digitalisierung in der Pflege

Auch im Bereich der Gesundheit und Pflege verspricht die Digitalisierung zahlreiche Vorteile, die sowohl die Qualität der Prävention und der Versorgung von Patienten und Patientinnen als auch die Arbeitsbedingungen für die

im Gesundheitswesen arbeitenden Personen verbessern können (Sætra und Fosch-Villarronga 2021). So versprechen elektronische Patientenakten und automatisierte Dokumentationssysteme eine Steigerung der Effektivität und Effizienz, indem sie den Zugang zu wichtigen Informationen erleichtern und den manuellen Aufwand verringern (Schmidt-Rumposch et al. 2022). Informationen können über das Internet überall zur Verfügung gestellt werden. Der damit mögliche Ausbau der telebasierten Versorgung kann besonders für Patienten und Patientinnen in strukturschwächeren Gebieten vorteilhaft sein (Pulimamidi 2021). Unterstützung durch intelligente digitale Assistenzsysteme wie beispielsweise Serviceroboter oder Exoskelette lassen eine Entlastung der oft auch physisch fordernden Arbeit von Pflegenden erwarten. Sensorische Erfassungsgeräte, wie sie in sogenannten Wearables verbaut sind, ermöglichen ein kontinuierliches Monitoring von pflegebedürftigen Menschen und frühzeitige Erkennung gesundheitlicher Veränderungen. Werden die damit gewonnenen Daten mittels Künstlicher Intelligenz ausgewertet, können daraus individualisierte Pflege- und Behandlungspläne erstellt werden (Barrett et al. 2019; Shaik et al. 2023).

Im Folgenden sollen ausgewählte Bereiche der Digitalisierung in der Pflege vorgestellt werden. Dabei soll aufgezeigt werden, wie diese in die bisherigen Pflegeprozesse eingreifen und dabei Pflegenden und Pflegebedürftige unterstützen können. Bestehende Technologien aus den Bereichen der Sensorik, der digitalen Dokumentationssysteme, der telebasierten Versorgung, Virtuelle Realität, Aktorik und Robotik sowie Künstliche Intelligenz in der Pflege werden angerissen und Beispiele genannt. Dabei ist zu beachten, dass die einzelnen Technologien in der Regel nicht getrennt voneinander zu betrachten sind, sondern sich gegenseitig bedingen beziehungsweise beeinflussen.

## 13.2 Digitale Sensorik: Pflegedokumentationssysteme und telebasierte Versorgung zur Unterstützung der Kommunikation

---

### 13.2.1 Definition von digitalen Dokumentationssystemen und Anwendungen in der Pflege (z. B. Überwachung der Vitalparameter, Bewegungsmelder)

---

Digitale Sensorik bezieht sich auf die Technologie und Methoden, die zur Erfassung und Verarbeitung von physikalischen Größen wie Temperatur, Licht oder Druck in digitaler Form verwendet werden. Diese Sensoren wandeln analoge Signale in digitale Daten um, die von Computern und anderen digitalen Geräten analysiert und interpretiert werden können. Im Rahmen der Digitalisierung und der fortschreitenden technologischen Entwicklung sind neue und kostengünstige Geräte entwickelt worden, die die Möglichkeiten der Patientenbeobachtung und -überwachung verbessern und die Pflegeforschung erweitern (Redeker 2020). Diese technologischen Innovationen ermöglichen die kontinuierliche sensorische Erfassung von Vitalzeichen wie Herzfrequenz, Atemfrequenz und Blutdruck durch smarte Betten und/oder Wearables. Smarte Betten sind mit integrierten Sensoren ausgestattet, die derartige Vitaldaten erfassen können. Die dabei verwendeten Technologien benötigen dazu nicht einmal eine direkte „Verkabelung“ an der zu behandelnden Person, sondern funktionieren über hochsensible Druck- oder Licht-Sensorik. Zudem muss diese Technologie nicht im klinischen Setting verbaut sein, sondern kann bei betroffenen Personen auch im privaten Bereich, also in der eigenen

Häuslichkeit genutzt werden. Wearables wie Smartwatches und Gesundheitsarmbänder bieten ähnliche Funktionen und ermöglichen eine kontinuierliche Überwachung (Tarbert und Singhatat 2021) unabhängig vom Aufenthaltsort der pflegebedürftigen Person und sind dadurch in der Lage, frühzeitig gesundheitsrelevante Veränderungen zu erkennen (Joshi et al. 2019).

Ihr volles Potenzial entfalten diese neuen Technologien vor allem im Zusammenspiel mit digitalen Pflegedokumentationssystemen. Dies sind elektronische Plattformen, in denen Patientendaten, Pflegepläne und -berichte erfasst und verwaltet werden. Angeschlossen an digitale Netzwerke ermöglichen sie eine strukturierte Dokumentation, bei der Informationen von unterschiedlichen Personen, aber auch von digitalen Endgeräten wie beispielsweise smarten Betten, Sensoren oder Wearables zusammenfließen. Diese automatisierte Datenübertragung stellt sicher, dass alle relevanten Informationen lückenlos und zeitnah dokumentiert werden. Zudem können Alarme und Benachrichtigungen bei kritischen Veränderungen des Zustandes des Patienten bzw. der Patientin sofort an das Pflegepersonal weitergeleitet werden, sodass schnelle und angemessene Interventionen erfolgen können. Dabei erlauben diese Technologien, dass die erfassten Daten automatisch an Behandelnde oder Pflegende übermittelt werden können. Diese Informationen können zentral erfasst und anschließend dezentral für tragbare Endgeräte wie Smartphones oder Tablets bereitgestellt werden. Solche Technologien sind die Voraussetzung für eine telebasierte Versorgung. Diese Versorgungsform über Internet und tragbare Endgeräte wie Handy oder Tablet ermöglicht es Patienten und Patientinnen, medizinische Beratung und Behandlung aus der Ferne zu erhalten, ohne physisch eine ärztliche Praxis aufsuchen zu müssen. Im Zuge der Covid-19-Pandemie haben Pflegeeinrichtungen begonnen, telebasierte Versorgung einzusetzen, um die soziale Interaktion und Teilhabe von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf zu verbessern und das Infektionsrisiko zu mini-

mieren (Domhoff et al. 2021; Hoel et al. 2022). Dabei konnten Braeseke et al. zeigen, dass eine telebasierte Versorgung eine sinnvolle Ergänzung für die Pflegebedürftigen darstellt und gleichzeitig die Belastungen für Pflegende reduziert (Braeseke et al. 2022).

Neu entwickelte Sensoren erlauben ein umfassendes Monitoring, was weit über die Erfassung von Vitaldaten hinausgeht. Bereits 2018 benennen Sathyanarayana et al. hier Sturzerkennung, Mobilitäts- und Aktivitätserkennung, Schlafüberwachung, Atmungs- und Apnoe-Monitoring, Erkennung von Krampfanfällen bei Epilepsie und auch die Beobachtung der Mimik von Personen, um bestimmte Gefühlszustände wie Angst oder Schmerz zu erkennen (Sathyanarayana et al. 2018). Betrachtet man beispielsweise die kontinuierliche Mobilitäts- und Aktivitätserkennung, so wird der Wert für die pflegerische Versorgung schnell deutlich: Diese Sensoren können Bewegungsmuster analysieren, Positionswechsel erkennen und feststellen, ob die pflegebedürftige Person am Bettrand sitzt. Dadurch kann nicht nur das Risiko von Stürzen minimiert werden (Joshi et al. 2019), sondern es kann auch helfen, der Entstehung von Dekubiti vorzubeugen und den allgemeinen Gesundheitszustand pflegebedürftiger Menschen besser zu beurteilen (Silva et al. 2021).

### 13.2.2 Veränderungen des Pflegeprozesses

Die kontinuierliche Erfassung von Vitaldaten war bisher ausschließlich dem „Critical-Care“-Bereich im Rahmen der Überwachung auf Intensivstation vorbehalten. Darüber hinaus war dies nur an immobilisierten Personen im Bett möglich. Die jetzt vorliegenden Potenziale über Wearables, ein kontinuierliches Aktivitäts- und Bewegungsprofil der pflegebedürftigen Person rund um die Uhr zu erhalten, schaffen neue Erkenntnisse und Versorgungsmöglichkeiten für Behandelnde und Pflegende. Die große Herausforderung dabei ist, diese neuen Informationen zu interpretieren und

dann die richtigen Schlüsse für die Versorgung abzuleiten. Die beiden nachfolgenden Beispiele sollen die Herausforderungen und Möglichkeiten der Sensorik und die daraus resultierenden Auswirkungen auf den Pflegeprozess verdeutlichen:

### Erfassung von Aktivität und Puls mittels Wearables

Viele derzeit erhältliche Wearables sind in der Lage, sowohl die Herzfrequenz als auch den Grad der Aktivität/Bewegung darzustellen. Viele Behandelnde und Pflegenden bringen Erfahrungen hinsichtlich der Interpretation der Herzfrequenz mit und wissen, dass ein gemessener Puls (in Ruhe) von 60 bis 90 Schlägen/Minute als „normal“ anzusehen ist. Dieses Wissen muss übertragen auf die Aktivität bzw. Bewegung von pflegebedürftigen Personen erst erkannt und verstanden werden. Angenommen, man misst die Aktivität als Anzahl der zurückgelegten Schritte, so stellt sich die Frage nach den entsprechenden Normbereichen. Es lassen sich folglich viele Forschungsfragen ableiten, die nach und nach beantwortet werden müssen. Welche Schrittzahl ist für welches Alter „normal“ oder „gesund“? Welche Veränderungen sind relevant und ab wann muss wie interveniert werden? Noch komplexer wird es, wenn Informationen kombiniert und daraus versorgungsrelevante Algorithmen gebildet werden können. Steigt zum Beispiel die Aktivität und in moderater Weise gleichzeitig der Puls, so ist davon auszugehen, dass es sich um eine rein physiologische, also gesunde Reaktion des Körpers handelt. Steigt der Puls ohne detektierte Aktivität, kann dies eine unphysiologische Reaktion sein. Gerade bei Personen, die aufgrund von Demenz oder aus anderen Gründen in ihrer Kommunikation eingeschränkt sind, kann ein solches Monitoring-System helfen, bestimmte Zustände wie Schmerzen, Ängste oder auch Nebenwirkungen von Medikamenten zu erkennen. Sind professionell Pflegenden entsprechend geschult, so haben diese Informationen ein großes Po-

tenzial, die Sicherheit von pflegebedürftigen Menschen zu erhöhen und gleichzeitig die Arbeitsbelastung von Pflegenden zu reduzieren.

### Kontinuierliche Bewegungserkennung

Die sensorbasierte digitale kontinuierliche Bewegungserkennung durch intelligente Matratzensysteme (Pereira et al. 2019) oder Wearables (Monroy et al. 2019) zur Vermeidung eines Dekubitus konnte in der nicht-digital unterstützten Pflegeversorgung nur durch eine sogenannte „Sitzwache“ umgesetzt werden. „State of the Art“ in der Dekubitusvermeidung ist das fachliche Assessment durch die Pflegefachperson und bei entsprechendem Bedarf die anschließende Durchführung von regelmäßigen Positionierungen der potenziell gefährdeten pflegebedürftigen Person, in der Regel alle 2 bis 4 h, wie es auch in nationalen (Büschler et al. 2017) und internationalen Richtlinien (Kottner et al. 2019) empfohlen wird. Die große Schwierigkeit ist hierbei, dass viele pflegebedürftige Menschen oftmals noch über eine (geringe) Eigenmobilität verfügen, was bei den punktuell durchgeführten Assessments übersehen werden kann, insbesondere wenn der Gesundheitszustand schwankend ist, also sich vielleicht im Verlauf mal besser und mal schlechter darstellt. Insbesondere hier zeigt sich das große Potenzial der neuen Technologien (s.  Abb. 13.1).

Die Sensoreinheit erfasst, analysiert und speichert präzise und fortlaufend jede Bewegung. Bei einer Studie im Seniorenzentrum Herdecke konnte gezeigt werden, dass durch den Einsatz der kontinuierlichen Mobilitätskontrolle 41 % der geplanten Umpositionierungen entfallen konnten. Es zeigte sich, dass viele der scheinbar komplett immobilen Pflegebedürftigen noch ausreichend Restmobilität aufwiesen, um sich selbst zu bewegen bzw. umzupositionieren (Koch 2015). Der Benefit der Technologie zeigt sich dabei für beide Seiten: Pflegenden werden von der physisch und zeitlich anstrengenden Arbeit des (unnötigen)



Pflege-Report 2024

■ **Abb. 13.1** Sensorbasierte textile Betaauflage zur Mobilitätsfassung. (Quelle: Willi Keckstein, Gigasys)

Umpositionierens entlastet. Bei den pflegebedürftigen Menschen werden die noch verbleibenden Ressourcen erhalten und dem Grunde nach sogar gefördert, da diese ihnen nicht abgenommen werden. Zusätzlich entfällt der oft hohe Aufwand der Dokumentation, da diese von der Sensorik bereitgestellt werden kann.

Der große Vorteil der digitalen Erfassung, Speicherung und Darstellung von gesundheitsrelevanten Informationen im Vergleich zur analogen Erfassung in einer papierbasierten Patientenakte (Kurve) ist die ortsungebundene Verfügbarkeit sowohl zur Eingabe als auch zur Ausgabe von entsprechenden Informationen. Ortsungebunden können verschiedene Personen aus den gleichen oder auch unterschiedli-

chen Berufsgruppen – also ärztliches, pflegerisches und therapeutisches Personal – auf behandlungsrelevante Informationen zugreifen. Befunde, Medikationslisten und weitere relevante Informationen (Allergien, Verfügungen etc.) stehen allen Personen bei Bedarf unmittelbar und ohne Zeitverlust zur Verfügung und müssen nicht erst vervielfältigt und versandt werden. Das bedeutet für eine telebasierte Versorgung, dass für den Pflegebereich auch neue Berufsfelder erschlossen werden können. So wird es hochqualifizierte Pflegefachpersonen (z. B. Advanced Nurse Practitioners) in telegestützten Versorgungszentren geben, die pflegende Personen vor Ort kompetent beraten und anleitend unterstützen.

## 13.3 Virtuelle Realität (VR) und Augmented Reality (AR)

### 13.3.1 Definition und Unterschiede zwischen VR und AR und Anwendungen in der Pflege

Virtuelle Realität (VR) ist eine computergenerierte Simulation einer dreidimensionalen Umgebung, die es Nutzenden ermöglicht, in diese Umgebung einzutauchen und mit ihr zu interagieren. Durch spezielle Brillen, sogenannte HMD (Head Mounted Display), und Sensoren können Nutzende visuelle, auditive und manchmal auch haptische Eindrücke erleben, die ein Gefühl der Präsenz in der virtuellen Welt erzeugen. Augmented Reality (AR) hingegen integriert digitale Informationen und virtuelle Objekte in die reale Welt, indem sie über ein Display, etwa auf einem Smartphone oder einer AR-Brille, angezeigt werden. Diese Technologie ermöglicht es Nutzenden, mit computergenerierten Inhalten zu interagieren, während sie sich in ihrer physischen Umgebung befinden. Im Rahmen der Digitalisierung und insbesondere angetrieben durch die Gaming-Industrie, die das Eintauchen in virtuelle Welten mit einer Spezialbrille als besonders immersiv darstellen wollte, entwickelten sich nicht nur immer bessere HMDs, mit denen in hochauflösenden virtuellen Räumen interaktiv gespielt werden konnte, sondern auch Weiterentwicklungen dieser Idee wie die Extended Reality (XR) bzw. das Spatial Computing wurden erstmals ermöglicht. Bei XR nutzen Anwendende ebenso ein HMD, dieses zeigt allerdings nicht nur eine vollvirtuelle Umgebung um die Anwendenden herum, sondern erlaubt den Blick auf die Realität, die mit virtuellen Elementen angereichert wird. So können Nutzende eines solchen HMDs die Realität um sich herum sehen, es können aber Informationen hinzugefügt werden, mit denen die Nutzenden interagieren können.

Mittlerweile finden Virtual und Extended Reality (VR/XR) zunehmend Anwendung in der pflegerischen Versorgung. Sie bieten

vielfältige Möglichkeiten, geistige Stimulatio- und soziale Interaktion zu fördern. Insbesondere VR ermöglicht es pflegebedürftigen Menschen, virtuelle Reisen zu unternehmen, sich an interaktiven Spielen zu beteiligen und entspannende Umgebungen zu erkunden, ohne die Sicherheit ihrer gewohnten Umgebung zu verlassen. Diese Erlebnisse können positive Emotionen hervorrufen und mentale Aktivität anregen (Montana et al. 2020). Indem VR sowohl die soziale Isolation reduziert als auch kognitive Fähigkeiten fördert, unterstützt es nicht nur die Behandlung von Personen mit Demenz mit milden kognitiv ausgeprägten Einschränkungen und trägt bei diesen zu einer höheren Lebensqualität bei (Huang und Yang 2022; Kim et al. 2019). Virtuelle Erfahrungen bieten auch großes Potenzial als Therapiemethode sowohl für psychische Störungen (Emmelkamp und Meyerbröcker 2021; Lindner 2021) als auch in der Physiotherapie (Asadzadeh et al. 2021). Dies macht VR zu einem vielversprechenden Werkzeug zur Unterstützung der Demenzprävention und zur Förderung des Wohlbefindens älterer Menschen.

Im Rahmen der Bildung wird VR in unterschiedlicher Form und Methodik bereits seit längerer Zeit eingesetzt (Marougkas et al. 2023). In einem systematischen Review kamen Choi et al. zu dem Schluss, dass VR das Lernen sowie die kognitive und psychomotorische Leistung von Auszubildenden in der Pflege fördert (Choi et al. 2022).

### 13.3.2 Veränderungen des Pflegeprozesses durch den Einsatz von VR und AR

Bezogen auf die Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen können die bisherigen nicht-digitalen Ansätze und Interventionen zum Erhalt der physischen und kognitiven Leistungsfähigkeit wie beispielsweise Spiele oder gemeinsame Gymnastik durch VR oder AR sinnvoll erweitert werden (s. [Abb. 13.2](#)). Der zusätzliche Benefit dieser Anwendungen ist, dass genau aufgezeichnet wird, welche Person wel-



Pflege-Report 2024

■ **Abb. 13.2** VR in der Pflege. (Quelle: ► <https://vralive.de/>)

che Anwendung oder welches Spiel bis zu welchem Schwierigkeitsgrad durchgeführt hat. Damit lassen sich Entwicklungen auswerten und individualisierte Interventionspläne erstellen. Darüber hinaus können Menschen ortsungebunden zusammenbracht werden, die nicht physisch in einem Raum sind. Indem man in der virtuellen Welt in einen Avatar schlüpft, treten die bestehenden Einschränkungen und Gebrechen zumindest vorübergehend in den Hintergrund. So lassen sich Tätigkeiten simulieren (Fliegen, Schwimmen, Klettern, Bergsteigen etc.) oder Welten erschließen (Unterwasserwelt, Weltraum, Dschungel etc.), die für die Betroffenen aufgrund ihrer Situation nicht erreichbar sind. Aber nicht nur das Neue und Ungewohnte lässt sich durch VR und AR auf eine ganz intensive Art erfahren, es können auch ganz alltägliche Tätigkeiten (z. B. Gartenarbeit, Hausarbeit) simuliert werden, um die Alltagskompetenz zu erhalten oder zu fördern.

Auch in der nicht-digitalen Welt wurde in der Pflegeausbildung mit Simulationen gearbeitet, wie beispielsweise mit Puppen oder Modellen, denen man Verbände anlegen oder eine Magensonde legen kann. In manchen Ausbildungszentren wurde auch mit Schauspielern und Schauspielerinnen sowie Rollenspielen gearbeitet, um bestimmte Pflegehandlungen zu trainieren. Hier sind die Möglichkeiten von VR viel umfangreicher. Für die Aus-, Fort- und Weiterbildung erweist sich die Möglichkeit, seltene, komplexe oder besonders herausfordernde Pflegesituationen in einem künstlichen und geschützten Raum zu simulieren, als besonders hilfreich. Die Spanne reicht hier vom Aufbau und Betrieb einer Extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) zur Lungenunterstützung über die Krisenintervention bei Blutungen oder Kreislaufstillstand bis zum Umgang mit aggressiven Patienten oder Patientinnen. Bei der AR sind ebenfalls interessante Anwendungen denkbar. So könnten bei dem Blick auf ein Medikament wichtige Kontextinformation (Dosierung, Verabreichung, Neben- und Wechselwirkungen) angezeigt werden.

## 13.4 Robotik zur individuellen Versorgung

### 13.4.1 Definition und Beispiele von Robotik in der Pflege (z. B. Pflegeroboter, Assistenzsysteme)

Robotik ist ein interdisziplinäres Feld, das sich mit der Konstruktion, dem Betrieb und der Anwendung von Robotern beschäftigt. Häufig wird dabei Aktorik – Technologien und Systeme, die physische Bewegungen oder Aktionen in Maschinen und Robotern ermöglichen und verschiedene Komponenten wie Motoren, Servos und hydraulische Systeme umfasst – genutzt, um Aufgaben autonom oder semi-autonom auszuführen. In der Robotik werden Akteure in Kombination mit Sensoren und

Steuerungssystemen eingesetzt, um komplexe Bewegungen und Interaktionen mit der Umgebung zu ermöglichen.

Robotik in der Pflege umfasst den Einsatz von automatisierten Systemen, welche die Pflegenden bei spezifischen Aufgaben unterstützen und die Lebensqualität der pflegebedürftigen Personen verbessern sollen. Das Erscheinungsbild und Design der Roboter variiert je nach Einsatzfeld von einfachen sogenannten robotischen Systemen, die bei der Positionierung eines pflegebedürftigen Menschen im Bett unterstützen können, über Serviceroboter für den Materialtransport bis hin zu humanoiden Robotern. Diese im Aufbau dem Menschen nachempfundenen Roboter ermöglichen durch die Integration von Spracherkennung und die Nutzung von Large Language Models (LLM, umgangssprachlich KI/Chat KI) soziale Interaktionen wie z. B. Kurzdialoge, Biographiearbeit und Spiele zur Förderung der Kognition. Darüber hinaus sind je nach Hersteller und Ausstattung Funktionen wie Sturzerkennung, Notrufsystem, Erinnerungen zur Medikamenteneinnahme oder auch die automatisierte Erfassung von Vitalparametern möglich. Zu den weiteren Einsatzszenarien zählen außerdem Videotelefonie und Konsile im Rahmen von Telepflege/Telemedizin, die jedoch den Einsatz einer Kamera und eines Mikrofons voraussetzen und deswegen in Bezug auf den Datenschutz häufig diskutiert werden. Konkrete Beispiele für Robotik in der Pflege umfassen:

- **Transferroboter:** Diese unterstützen bei der Mobilisation von Personen, z. B. beim Aufstehen aus dem Bett oder beim Transfer in einen Rollstuhl.
- **Transportroboter:** Autonome mobile Roboter, die Medikamente, Mahlzeiten oder Wäsche innerhalb von Pflegeeinrichtungen transportieren.
- **Soziale Roboter:** Diese interagieren mit Patienten, bieten Unterhaltung und kognitive Stimulation
- **Telepräsenzroboter:** Sie ermöglichen Fernkommunikation zwischen pflegebe-

dürftigen Personen und medizinischem Personal oder An- und Zugehörigen.

- **Robotische Bettsysteme:** In diesen einfachen robotischen Systemen wird über Sensoren erfasst, ob bei der pflegebedürftigen Person eine Eigenmobilität vorliegt. Bleibt diese über einen vorher festgelegten Zeitraum (z. B. zwei Stunden) aus, so verändern Motoren die Lage der Bettauflage, um Druckgeschwüre zu vermeiden.
- **Human Augmentation (Exoskelett):** Dies sind Technologien, die darauf abzielen, die physischen und kognitiven Fähigkeiten des Menschen zu erweitern oder zu verbessern. Dies kann durch verschiedene Mittel geschehen, wie z. B. tragbare Geräte, Implantate oder digitale Schnittstellen, die die Leistungsfähigkeit und Lebensqualität der Nutzenden erhöhen. Aktive Exoskelette sind spezielle tragbare Roboter, die am Körper getragen werden und die Bewegungen des Trägers aktiv mit Motorkraft unterstützen oder verstärken, um körperliche Aufgaben zu erleichtern.

### 13.4.2 Veränderungen des Pflegeprozesses durch den Einsatz von Robotik

Robotische Bettsysteme könnten vielfach die zeitlich sehr starren Positionierungs- und Umlagerungspläne ersetzen und die zeitlich, personell und physisch aufwendige Umpositionierung immobiler Patienten und Patientinnen übernehmen. Transferroboter entlasten Pflegenden in hohem Maße bei physisch fordernden Prozessen wie der Mobilisation von insbesondere adipösen Patientinnen und Patienten. Durch die frei gewordenen Ressourcen könnten dann andere Pflegeprozesse (soziale Interaktion, Haut-/Wundassessments etc.) durchgeführt werden. Telepräsenz- und Transportroboter könnten viele Arbeits- und Laufwege von Pflegenden einsparen und die Pflegearbeit effektiver gestalten. Durch das Tragen von Exoskeletten steht den Pflegenden eine direkte Kraftverstärkung und Unterstützung zur Ver-

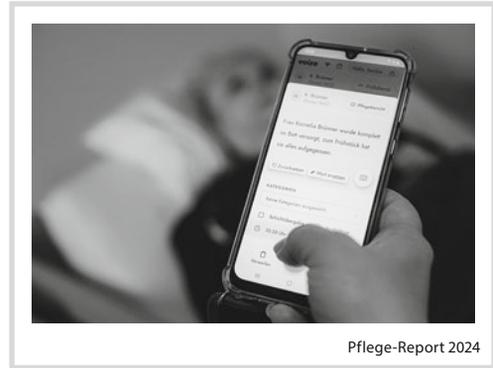
fügung. Die Verwendung umständlicher und nur eingeschränkt mobiler Lifter- und Hebesysteme ist nicht mehr notwendig.

## 13.5 Künstliche Intelligenz

### 13.5.1 Definition von KI und Beispiel zur Anwendung in der Pflege

Künstliche Intelligenz (KI) bezeichnet die Fähigkeit von Maschinen und Software, menschenähnliche Intelligenzleistungen wie Lernen, Problemlösen und Entscheidungsfindung zu erbringen. Sie umfasst verschiedene Technologien, darunter maschinelles Lernen, natürliche Sprachverarbeitung und neuronale Netze, die es Computern ermöglichen, aus Daten zu lernen und Muster zu erkennen. KI wird in zahlreichen Anwendungen eingesetzt, von Sprachassistenten über autonome Fahrzeuge bis hin zu medizinischen Diagnosesystemen. Der Einsatz von KI in der Pflegeversorgung ist derzeit noch begrenzt, ihr Ausbau wird aber mit Forschungsförderprogrammen massiv unterstützt<sup>1</sup>. Einen relativ hohen Reifegrad hat die Spracherkennung erreicht. Seit kurzem erhältliche Lösungen ermöglichen Pflegenden, die Dokumentation frei und mobil über ein Smartphone einzusprechen (s. [Abb. 13.3](#)). Mittels dieser Form der Künstlichen Intelligenz können Pflegeberichte, Vitalwerte, Wunddokumentationen, Sturzprotokolle und vieles mehr in einer dafür vorgesehenen Dokumentation erfasst werden. Eingaben wie: „Frau Schneider hat einen Blutdruck von 120 zu 75“ reichen aus, damit die KI daraus einen strukturierten Dokumentationseintrag generieren und diesen den richtigen Formularen zuordnen kann.

Zudem werden die Daten per Schnittstelle in das bestehende Dokumentationssystem übertragen. Die von der KI erkannten und verschriftlichten Einträge werden sofort in



Pflege-Report 2024

**Abb. 13.3** KI-basierte Spracheingabe. (Quelle: <https://www.voize.de/>)

der App dargestellt. Stammdaten, Pflegepläne, Medikationspläne und der historische Verlauf der Berichte können jederzeit und vor Ort in der App eingesehen sowie pflegerische Maßnahmen mobil abgezeichnet werden. Nach expliziter Zustimmung der Nutzenden ist es der zugrunde liegenden KI möglich, während der Nutzung kontinuierlich dazuzulernen. So entwickelt sich die KI stetig weiter, sodass auch individuelle Akzente und Dialekte der Pflegenden besser verstanden und mit hoher Präzision in Textform überführt werden können.

### 13.5.2 Veränderungen des Pflegeprozesses durch den Einsatz von KI

Der KI-basierte Sprachassistent bietet einen Lösungsansatz für viele mit der Pflegedokumentation verbundene Herausforderungen und entlastet dabei Pflegenden. Orthographische Mängel in der Dokumentation oder eine oftmals durchgeführte behelfsmäßige Zwischendokumentation („Zettelwirtschaft“) mit ihren potenziellen Fehlerquellen entfallen. Die Spracheingabe ermöglicht es, Dokumentationen schnell, umfassend und korrekt anzulegen, was den Zeitaufwand reduziert und mehr direkte Pflegezeit schaffen kann. Die Automa-

1 Z. B. [www.interaktive-technologien.de/foerderung/bekanntmachungen/kip](http://www.interaktive-technologien.de/foerderung/bekanntmachungen/kip).

tisierung von Routinetätigkeiten verringert die Arbeitsbelastung. Die Nutzung mobiler Geräte ermöglicht eine zeitnahe Dokumentation. Durch ein individuelles Rollen- und Berechtigungskonzept können verschiedene Anwendergruppen (Pflegefach- und Pflegehilfspersonen, Auszubildende, Betreuungspersonal und Wohnbereichsleitungen) zielgenau auf ihren Wirkungsbereich ausgerichtet werden, was die Rechtssicherheit erhöht. Darüber hinaus erlaubt eine Analyse der Metadaten (bspw. wann wurde was wie lange von wem getan?) Schulungsbedarfe zu erkennen und Arbeitsprozesse zu optimieren.

### 13.6 Schlussfolgerungen

Ziel dieses Beitrags war es, die vielfältigen Möglichkeiten aufzuzeigen, die Digitalisierung in der pflegerischen Versorgung bieten kann. Dabei wird hier bewusst der Terminus „Möglichkeiten“ verwendet. Im Vergleich zu anderen Branchen ist die Digitalisierung im Gesundheitswesen nur sehr gering ausgeprägt (Baierlein 2017). Dabei betonen viele Forschende das große Potenzial für die Gesundheitsversorgung (Angerer und Berger 2023; Brönneke und Debatin 2022; Stachwitz und Debatin 2023). Die hier aufgezeigten Beispiele stellen nur einen Teil der Möglichkeiten dar. Auch sollte deutlich gemacht werden, dass die hier vorgenommene Trennung in verschiedene Bereiche eher als eine Art Baukasten zu verstehen ist. Digitale Dokumentationssysteme und Sensorik bilden dafür die Basis. In einem Roboter finden sich jedoch fast alle hier besprochenen Technologien wieder (Sensorik, Aktorik, KI etc.). Die hohe Komplexität mag auch der Grund sein, warum aktuell vergleichsweise wenig robotische Lösungen in der Pflege zum Einsatz kommen. Dabei wurde hier das wichtige Kapitel der ELSA, also ethische, rechtliche und soziale Aspekte, nicht behandelt. Es muss jedoch betont werden, dass die Digitalisierung immer in diesem Kontext betrachtet werden sollte. Die wissenschaftliche Diskussion hierüber ist vielfältig

und umfangreich (Grinblat 2023; Jokinen et al. 2021).

Die Entwicklung der Digitalisierung bleibt stetig und dynamisch. Vielfach ist auch nur schwer zu erfassen, welche Auswirkungen der Einsatz dieser Hilfsmittel in der Pflegeversorgung tatsächlich hat. Oftmals werden die Technologien mit einem speziellen Fokus eingesetzt, im Laufe der Nutzung ergeben sich jedoch neue Perspektiven und Nutzungsmöglichkeiten, die initial gar nicht beabsichtigt waren. Wurde zum Beispiel eine Bewegungssensorik eingesetzt, um Immobilität zu detektieren, so konnte diese natürlich auch Hypermobilität (der Patient/die Patientin dreht sich permanent im Bett hin und her) erfassen und es konnte nach möglichen Ursachen (Angst/Schmerz) gesucht und entsprechende Interventionen konnten eingeleitet werden. Ein weiteres Beispiel ist ein Ultraschall-Blasensensor, der entwickelt wurde, um Inkontinenz bei Betroffenen zu reduzieren. Dieser Sensor funktioniert wie eine umgedrehte „Tankuhr“ und alarmiert Betroffene oder Pflegenden, wenn ein individuell eingestellter Grenzwert des Blasenfüllstandes erreicht ist und ermöglicht dadurch einen rechtzeitigen Toilettengang. Was in den Studien auffiel und womit niemand rechnete: Die so versorgten Menschen fühlten sich vor Inkontinenz besser geschützt und fingen an, wieder mehr zu trinken.

Die neuen Möglichkeiten zeigen, wie viele etablierte Pflegeprozesse im Licht der zur Verfügung stehenden neuen Informationen überprüft werden müssen. Das schafft großen Bedarf nicht nur im Bereich der technischen Entwicklung, sondern auch in der Pflegewissenschaft, da die Digitalisierung viele neue Informationen zur Verfügung stellt, die zunächst analysiert und interpretiert werden müssen. Dieses neue Wissen wiederum muss anschließend in Aus-, Fort-, und Weiterbildungsstrukturen integriert werden (Tischendorf et al. 2024). Werden die dargestellten Instrumente und Technologien in der Pflege implementiert und etabliert, haben diese ein großes Potenzial, die Pflegequalität zu erhöhen, die Pflegenden

zu entlasten und die Pflege bedarfsgerechter und individueller zu gestalten.

## Literatur

- Angerer A, Berger S (2023) Der Digital Health Report 2023/2024: mehr Digitalisierung im Gesundheitswesen wagen! Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Asadzadeh A, Samad-Soltani T, Salahzadeh Z, Rezaei-Hachesu P (2021) Effectiveness of virtual reality-based exercise therapy in rehabilitation: A scoping review. *Inform Med Unlocked* 24:100562
- Baierlein J (2017) Grad der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Branchenvergleich – Hinderungsgründe und Chancen. In: Pfannstiel MA, Da-Cruz P, ehlich H (Hrsg) Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen II: Impulse für das Management. Springer Gabler, Wiesbaden, S 1–11
- Barrett M, Boyne J, Brandts J, Brunner-La Rocca H-P, De Maesschalck L, De Wit K, Dixon L, Eurlings C, Fitzsimons D, Golubnitschaja O (2019) Artificial intelligence supported patient self-care in chronic heart failure: a paradigm shift from reactive to predictive, preventive and personalised care. *Epm J* 10:445–464
- Braeske G, Pflug C, Lingott N, Pörschmann-Schreiber U (2022) Technische Assistenzsysteme in der pflegerischen Versorgung. In: Luthe E-W, Müller SV, Schiering I (Hrsg) Assistive Technologien im Sozial- und Gesundheitssektor. Springer VS, Wiesbaden, S 649–667
- Brönneke JB, Debatin JF (2022) Digitalisierung im Gesundheitswesen und ihre Effekte auf die Qualität der Gesundheitsversorgung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 65:342–347
- Büscher A, Blumenberg P, Krebs M, Schiemann D, Stehling H (2017) Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege: einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
- Chen Z (2022) Machine Learning und Cobots revolutionieren die Arbeitswelt. *Digit Welt* 6:62–63
- Choi J, Thompson CE, Choi J, Waddill CB, Choi S (2022) Effectiveness of immersive virtual reality in nursing education: systematic review. *Nurse Educ* 47:E57–E61
- Diewald M, Andernach B, Kunze ES (2020) Entwicklung der Beschäftigungsstruktur durch Digitalisierung von Arbeit. In: Maier GW, Engels G, Steffen E (Hrsg) Handbuch Gestaltung digitaler und vernetzter Arbeitswelten. Springer, Berlin, Heidelberg, S 435–451
- Domhoff D, Seibert K, Rothgang H, Wolf-Ostermann K (2021) Die Nutzung von digitalen Kommunikationstechnologien in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie. In: Frommheld D, Scorna U, Haug S, Weger K (Hrsg) Gute Technik für ein gutes Leben im Alter. De Gruyter, Berlin, S 65–86
- Emmelkamp PM, Meyerbröker K (2021) Virtual reality therapy in mental health. *Annu Rev Clin Psychol* 17:495–519
- Frey CB, Osborne M (2013) The future of employment. University of Oxford
- Grinblat R (2023) AI and Healthcare. Legal, political and economic implications. In: ISPIM Conference Proceedings. The International Society for Professional Innovation Management (ISPIM), S 1–21
- Hoel V, Seibert K, Domhoff D, Preuß B, Heinze F, Rothgang H, Wolf-Ostermann K (2022) Social health among German nursing home residents with dementia during the COVID-19 pandemic, and the role of technology to promote social participation. *IJERPH*: 19(4):1956. <https://doi.org/10.3390/ijerph19041956>
- Hohorst A, Jacob C, Kukovec S, Westermeier M (2024) Sicherheit und Cybersecurity. In: Hohoerst A, Jacob C, Kukovec S, Wetermeier M (Hrsg) Smart Homes. Technologie – Gestaltung – Umsetzung – Trends. Haufe, München, S 149–193
- Huang L-C, Yang Y-H (2022) The long-term effects of immersive virtual reality reminiscence in people with dementia: longitudinal observational study. *JMIR Serious Games* 10:e36720
- Jokinen A, Stolt M, Suhonen R (2021) Ethical issues related to eHealth: an integrative review. *Nurs Ethics* 28:253–271
- Joshi M, Ashrafiyan H, Aufegger L, Khan S, Arora S, Cooke G, Darzi A (2019) Wearable sensors to improve detection of patient deterioration. *Expert Rev Med Devices* 16:145–154
- Kim O, Pang Y, Kim J-H (2019) The effectiveness of virtual reality for people with mild cognitive impairment or dementia: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 19:1–10
- Koch P (2015) Der Bewegung auf der Spur – Sensorgestütztes Mobilitätsmonitoring entlastet Pflegekräfte und gibt ihnen mehr Sicherheit bei der Prophylaxe. *Altenpflege* 1:33–37
- Kottner J, Cuddigan J, Carville K, Balzer K, Berlowitz D, Law S, Litchford M, Mitchell P, Moore Z, Pittman J (2019) Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: The protocol for the second update of the international Clinical Practice Guideline 2019. *J Tissue Viability* 28:51–58
- Lindner P (2021) Better, virtually: the past, present, and future of virtual reality cognitive behavior therapy. *J Cogn Ther* 14:23–46
- Maroukias A, Troussas C, Krouska A, Sgouropoulou C (2023) Virtual reality in education: a review of learning theories, approaches and methodologies for the last decade. *Electronics* 12:2832
- Monroy EB, Romero DZ, Estévez ME, Cruciani F, Cleland I, Nugent C, Medina-Quero J (2019) Intelligent

- system for the prevention of pressure ulcers by monitoring postural changes with wearable inertial sensors. In: *Proceedings. MDPI*, S 79
- Montana JI, Matamala-Gomez M, Maisto M, Mavrodiev PA, Cavalera CM, Diana B, Mantovani F, Realdon O (2020) The benefits of emotion regulation interventions in virtual reality for the improvement of wellbeing in adults and older adults: a systematic review. *J Clin Med Res* 9:500
- Pereira S, Fonseca J, Almeida J, Carvalho R, Pereira P, Simoes R (2019) Embedded textile sensing system for pressure mapping and monitoring for the prevention of pressure ulcers. In: *BIODEVICES*, S 291–296
- Pulimamidi R (2021) Emerging technological trends for enhancing healthcare access in remote areas. *J Sci Technol* 2:53–62
- Redeker NS (2020) Sensor technology for nursing research. *Nurs Outlook* 68:711–719
- Sætra HS, Fosch-Villaronga E (2021) Healthcare digitalisation and the changing nature of work and society. *Healthcare* 9(8):1007
- Sathyannarayana S, Satzoda RK, Sathyannarayana S, Thambipillai S (2018) Vision-based patient monitoring: a comprehensive review of algorithms and technologies. *J Ambient Intell Human Comput* 9:225–251
- Schmidt-Rumposch A, Lehninger S, Lux G (2022) Pflege und Digitalisierung – Die Zukunft der Pflege mitgestalten am Beispiel des klinischen Settings. In: Lux G, Matusiewicz D (Hrsg) *Pflegemanagement und Innovation in der Pflege: Wie sich Mensch und Maschine sinnvoll ergänzen*. Springer Gabler, Wiesbaden, S 371–381
- Shaik T, Tao X, Higgins N, Li L, Gururajan R, Zhou X, Acharya UR (2023) Remote patient monitoring using artificial intelligence: Current state, applications, and challenges. *Wiley Interdiscip Rev Data Min Knowl Discov* 13:e1485
- Silva A, Metrôlho J, Ribeiro F, Fidalgo F, Santos O, Dionisio R (2021) A review of intelligent sensor-based systems for pressure ulcer prevention. *Computers* 11:6
- Stachwitz P, Debatin JF (2023) Digitalisierung im Gesundheitswesen: heute und in Zukunft. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 66:105–113
- Tarbert RJ, Singhatat W (2021) Skilled nursing resident adherence with wearable technology to offer safer mobility and decreased fall injuries. *J Patient Saf Risk Manag* 26:41–45
- Tischendorf T, Heitmann-Möller A, Ruppert S-N, Marchwacka M, Schaffrin S, Schaal T, Hasseler M (2024) Sustainable integration of digitalisation in nursing education – an international scoping review. *Front Health Serv* 4:1344021

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



# Situation pflegender An- und Zugehöriger

## Inhaltsverzeichnis

- Kapitel 14** Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Stand und Handlungsempfehlungen – 201  
*Tanja Kavur und Adelheid Kuhlmei*
- Kapitel 15** Gender Care Gap: Situation, Ursachen und Maßnahmen zur Verringerung – 213  
*Andrea Budnick*
- Kapitel 16** Wohnen mit Pflegebedürftigkeit: Ergebnisse zur Wohnsituation aus der ZQP-Befragung pflegender Angehöriger, Handlungsbedarf und Lösungsansätze – 223  
*Simon Eggert, Ralf Suhr und Christian Teubner*
- Kapitel 17** Pflegegeld und privat organisierte Pflegearrangements – 235  
*Andreas Büscher und Thomas Klie*
- Kapitel 18** Bürgerschaftliches Engagement in der pflegebezogenen Selbsthilfe: aktueller Stand und Weiterentwicklungsbedarfe – 253  
*Anja Schödwell*



# Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Stand und Handlungs- empfehlungen

*Tanja Kavur und Adelheid Kuhlmeier*

## Inhaltsverzeichnis

- 14.1 Die Situation pflegender Angehöriger  
in Deutschland – 202**
  
- 14.2 Aktuelle gesetzliche Regelungen zur Vereinbarkeit  
von Pflege und Beruf – 204**
  - 14.2.1 Das Pflegezeitgesetz (PflegeZG) – 206
  - 14.2.2 Das Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) – 206
  
- 14.3 Die Empfehlungen des Beirats zur Vereinbarkeit  
von Pflege und Beruf – 207**
  - 14.3.1 Inhalt des zweiten Berichts – 207
  - 14.3.2 Empfehlung für eine Familienpflegezeit und  
ein Familienpflegegeld – 208
  - 14.3.3 Weitere Empfehlungen des Beirats – 209
  
- 14.4 Fazit – 209**
  
- Literatur – 210**

## ■ ■ Zusammenfassung

Ein wachsender Anteil der Bevölkerung in Deutschland ist 65 Jahre alt oder älter. Dieser Trend wird durch die zunehmende Alterung der geburtenstarken Jahrgänge aus den 1950er und 1960er Jahren, die sogenannten Babyboomer, zunehmen. Damit steigt auch die Zahl der Menschen, die eine Zeit in ihrem Leben auf Pflege und Unterstützung angewiesen sein werden. Der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen wird dabei nicht etwa in Pflegeheimen, sondern vielmehr in der eigenen Häuslichkeit versorgt – zumeist von (weiblichen) Angehörigen, die häufig erwerbstätig sind. Die Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen nehmen dabei viel Zeit, Kraft und Geld in Anspruch, da beides neben der Erwerbstätigkeit geleistet wird. Der unabhängige Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf setzt sich seit 2015 mit dem Thema intensiv auseinander. Er begleitet die Umsetzung und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen und gibt konkrete Handlungsempfehlungen. Der Beirat sieht in dem Bereich dringenden Handlungsbedarf. Daher hat er in seinem letzten Bericht ein konkretes Modell zur Familienpflegezeit und zum Familienpflegegeld, einer steuerfinanzierten Lohnersatzleistung, erarbeitet. Auch der Ausbau der professionellen Pflegeinfrastruktur ist flächendeckend voranzutreiben. Zudem müssen die gesetzlichen Maßnahmen sehr viel besser an besonders vulnerable Gruppen, wie die der Kinder oder Jugendlichen und deren Angehörigen, angepasst werden. Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf muss künftig besser gelingen, nicht zuletzt auch deshalb, weil angesichts eines massiv abnehmenden Erwerbsbevölkerungspotenzials in Deutschland die erwerbstätigen Angehörigen sowohl in der häuslichen Pflege als auch in der Arbeitswelt dringend benötigt werden.

*A growing proportion of the population in Germany is 65 years old or older. This trend will increase due to the increasing aging of the so-called baby boomers who were born in the 1950s and 1960s. This also increases the num-*

*ber of people who will be dependent on care and support for some time in their lives. The majority of those in need of care are not cared for in nursing homes, but rather in their own homes – mostly by (female) relatives who are often in employment. The care and support of those in need of care takes up a lot of time, energy and money, which are provided alongside employment. The independent advisory board for the compatibility of care and work has been dealing intensively with the topic since 2015. It monitors the implementation and further development of the statutory regulations and provides concrete recommendations for action. The advisory board sees an urgent need for action in this area. Therefore, in its most recent report, it developed a concrete model for family care leave and family care allowance, a tax-financed wage replacement benefit. The expansion of the professional care infrastructure must also be promoted across the board. In addition, the legal measures must be much better adapted to particularly vulnerable groups, such as children or young people and their relatives. The compatibility of care and work must be made easier in the future, not least because, given the massive decline in the potential labour force in Germany, working relatives are urgently needed both in home care and in the world of work.*

## 14.1 Die Situation pflegender Angehöriger in Deutschland

Aufgrund des demographischen Wandels wächst die Zahl der Menschen über 65 Jahre in Deutschland kontinuierlich an. Dieses Wachstum führt dazu, dass ältere Menschen einen immer größeren Teil an der Gesamtbevölkerung ausmachen. Wobei viele dieser älteren Personen hochbetagt werden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2023). Das hohe Alter wiederum korreliert mit Gesundheitseinbußen, die bei einem großen Teil der Hochbetagten dazu führen, dass sie

einen Lebenszeitabschnitt in Pflegeabhängigkeit verbringen. Derzeit sind mehr als 5,5 Mio. Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) (Bundesministerium für Gesundheit 2024). Es wird zudem davon ausgegangen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen durch die zunehmende Alterung der geburtenstarken Jahrgänge aus den 1950er und 1960er Jahren, der sogenannten Babyboomer, bis 2055 um 37 %, d. h. um zusätzlich 1,8 Mio. Pflegebedürftige ansteigen wird (Statistisches Bundesamt 2023b).

Die informelle Pflege in der eigenen Häuslichkeit ist die präferierte Form der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit (Heuchert et al. 2017). Es werden mehr als 80 % der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit gepflegt (Pendergrass und Gräbel 2024). Die Präferenz spiegelt sich auch in der Tatsache wider, dass der Anteil jener Menschen, die in Deutschland zu Hause gepflegt werden, seit Jahren kontinuierlich steigt (Rebaudo et al. 2021).

Mehrheitlich erhalten Pflegebedürftige Hilfe von Angehörigen – vor allem vom weiblichen Teil der Familien (Schwinger und Zok 2024). Schon jetzt verbringen laut dem Sozio-Ökonomischen Panel (SOEP) hochgerechnet 7,1 Mio. Menschen Zeit mit der Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Personen (Herrmann et al. 2023). Der Großteil der Pflegenden (45,7 %) ist dabei zwischen 50 und 65 Jahre alt, mehr als ein Fünftel (22,9 %) zwischen 30 und 49 Jahre und fast genauso viele (22,8 %) über 65 Jahre alt. Die Minderheit der Pflegenden (8,7 %) ist unter dreißig Jahre alt (Herrmann et al. 2023). Werden ausschließlich Pflegenden im erwerbsfähigen Alter (15 bis 64 Jahre) betrachtet, waren über 79 % der pflegenden Frauen und 90 % der pflegenden Männer erwerbstätig. Dabei arbeiteten pflegende Frauen durchschnittlich knapp 31 h pro Woche, wohingegen pflegende Männer durchschnittlich 38 h pro Woche arbeiteten. Dies spiegelt sich auch im Einkommen wider, das im Kontext der Gender Pay Gap betrachtet werden muss. Denn auch unabhängig von außerberuflichen Pflegeverpflichtungen und der Reduktion der Arbeitszeit verdienen Frauen in Deutsch-

land im Schnitt 18 % weniger als Männer pro Stunde (Statistisches Bundesamt 2023a). Das durchschnittliche Nettoeinkommen pro Monat war somit bei pflegenden Frauen mit 1.827 € bedeutend geringer als bei pflegenden Männern (2.863 €) (Herrmann et al. 2023). Die Pflegearbeit hat also erhebliche Auswirkungen auf das Berufsleben und die finanzielle Lage der Betroffenen. Zum einen werden die Pflegeverpflichtungen zum wesentlichen Grund, die Arbeitszeit zu reduzieren. Mehr als die Hälfte derjenigen, die ihre Arbeitszeit reduziert haben, taten dies aufgrund der Pflege. 28 % der Nichterwerbstätigen gaben an, ihre Arbeit deswegen aufgeben zu haben (Schwinger und Zok 2024). Zum anderen sind die Kosten der pflegerischen Versorgung nicht unerheblich und müssen mit dem oft reduzierten Einkommen bewältigt werden. Mehr als zwei Fünftel der pflegenden Angehörigen gaben private Zuzahlungsanteile für Pflegeleistungen in Höhe von durchschnittlich 290 € monatlich an (Schwinger und Zok 2024).

Die Übernahme der Pflegeverantwortung bleibt nicht ohne Konsequenzen für die informell Pflegenden: Ihre Lebenssituation ist häufig und zunehmend durch hohe zeitliche, körperliche und psychische sowie finanzielle Belastungen gekennzeichnet. Wie viel Zeit informell Pflegenden aufwenden, zeigt eine jüngst veröffentlichte Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiO) von Schwinger und Zok. Demnach pflegen und unterstützen sie insgesamt 49 h pro Woche, sechs Stunden mehr als noch vor fünf Jahren. Die Pflegearbeit ist damit zeitintensiver als eine Vollzeit-Anstellung und wird zu einer Belastungssituation, die von fast 30 % der befragten Pflegenden als kaum noch selbst zu bewältigen eingeschätzt wird. Besonders betroffen sind Angehörige, die Pflegebedürftige mit einer demenziellen Erkrankung versorgen – diese berichten von einer enorm hohen zeitlichen und psychischen Beanspruchung (Schwinger und Zok 2024). Es ist daher kaum verwunderlich, dass die Betreuung von Angehörigen einer der Hauptgründe für Teilzeittätigkeit in Deutschland ist (Statistisches Bundesamt 2024).

Doch trotz der hohen Belastungen nimmt nur ein geringer Anteil der pflegenden Angehörigen die gesetzlichen Unterstützungsangebote in Anspruch. Die Freistellung von der Erwerbsarbeit für bis zu sechs Monate haben bisher nur 3,3 % der befragten pflegenden Angehörigen genutzt, die zehntägige Freistellung bei akuter Pflegesituation nur jede/r achte Befragte (Schwinger und Zok 2024). Auch die Unterstützung durch ambulante Pflegedienste werden nicht flächendeckend genutzt. So weist das Bundesland Bayern beispielsweise eine hohe Dichte an pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten auf, doch über 40 % der informell Pflegenden nutzten nach eigenen Angaben trotz hoher Belastung keines der acht untersuchten Unterstützungsangebote (Scheerbaum et al. 2024). Die Nichtinanspruchnahme kann verschiedene Ursachen haben. Neben der Angabe, dass die Pflegenden keinen Bedarf hätten, berücksichtigen Angehörige auch die Wünsche der Pflegebedürftigen, „nicht von Fremden gepflegt [zu] werden“ (Schwinger und Zok 2024). Im Kontext der ermittelten Belastungswerte ist zu vermuten, dass die pflegenden Angehörigen die Wünsche der Pflegebedürftigen über ihre eigenen Bedürfnisse stellen. Ein weiterer wichtiger Grund für die Nichtinanspruchnahme scheint auch schlicht die fehlende Kenntnis über die gesetzlichen Unterstützungsmöglichkeiten zu sein (Schwinger und Zok 2024).

Für die meisten pflegenden Angehörigen in Erwerbstätigkeit stellt sich die Frage, wie die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gelingen kann und welche gesetzlichen Ansprüche hierzu bestehen. Daher werden im Folgenden die wichtigsten gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine Vereinbarkeit kurz dargestellt.

## 14.2 Aktuelle gesetzliche Regelungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Die aktuellen gesetzlichen Regelungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bestehen im Wesentlichen aus dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG), dem Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) und dem Pflegeunterstützungsgeld. Der Grundstein für die rechtlichen Rahmenbedingungen wurde 2008 mit der Einführung des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) gelegt. Das Gesetz hatte das Ziel, die ambulante Pflege (und insbesondere die häusliche Pflege durch Angehörige) zu stärken. Ein Teil davon war das Pflegezeitgesetz (PflegeZG), mit dem erstmals Regelungen zur Freistellung von Beschäftigten eingeführt wurden, damit diese Beruf und Pflege besser vereinbaren können (BT-Drs. 16/7439 v. 07.12.2007). 2012 folgte das Familienpflegezeitgesetz (FPfZG); auch hier wurden Freistellungen geregelt, die zunächst jedoch auf einer freiwilligen Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Beschäftigten beruhten, was später in einen Rechtsanspruch geändert wurde. In § 14 FPfZG ist auch die Einrichtung des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gesetzlich geregelt. Der Beirat wurde im Jahre 2015 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) eingesetzt, um als unabhängiges Gremium die Weiterentwicklung der Gesetze zu begleiten. Beide Gesetze verfolgen seit ihrer Einführung das Ziel, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf von Beschäftigten zu verbessern (vgl. § 1 der Gesetze) und wurden stetig weiter verzahnt. Diese Verzahnung macht die Anwendung der Gesetze nicht einfacher. ■ Abb. 14.1 gibt eine Übersicht über den Ablauf des Verfahrens nach dem Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz.



### 14.2.1 Das Pflegezeitgesetz (PflegeZG)

Im Wesentlichen beinhaltet das Pflegezeitgesetz zwei zentrale Rechtsansprüche. Beide haben das Ziel, einen dauerhaften Ausstieg aus dem Beruf aufgrund der Pflege zu vermeiden.

Zum einen besteht für alle Beschäftigten der Anspruch auf eine bis zu zehn Tage andauernde Auszeit im Rahmen der „kurzzeitigen Arbeitsverhinderung“. Dies bedeutet, dass in einer akut auftretenden Pflegesituation das Recht besteht, bis zu zehn Arbeitstage von der Arbeit fernzubleiben, um die Pflege für einen nahen Angehörigen zu übernehmen oder die Pflege zu organisieren (§ 2 Abs. 1 PflegeZG). Akut bedeutet, dass die Pflegebedürftigkeit unvermittelt und unerwartet entstanden ist (z. B. nach einem Sturz oder einem Krankenhausaufenthalt) oder aber auch, dass die Pflegesituation sich akut verändert hat. Ein Pflegegrad muss noch nicht vorliegen, eine voraussichtliche Pflegebedürftigkeit ist ausreichend (§ 7 Abs. 4 S. 2 PflegeZG). Für die Angehörigen besteht hier keine Ankündigungsfrist beim Arbeitgeber und die Auszeit kann in allen Betrieben angewendet werden, unabhängig von der Betriebsgröße. Die kurzzeitige Arbeitsverhinderung ist nicht beschränkt auf eine einmalige Inanspruchnahme – sie lässt sich aufteilen und es können sich auch mehrere Angehörige die zehn Arbeitstage aufteilen. Der genaue Ablauf kann der  Abb. 14.1 entnommen werden.

Für die kurzzeitige Arbeitsverhinderung besteht der Anspruch auf eine Lohnersatzleistung, das Pflegeunterstützungsgeld, welches nicht im Pflegezeitgesetz, sondern in § 44a SGB XI geregelt ist. Ab dem 01. Januar 2024 können Angehörige das Pflegeunterstützungsgeld für bis zu zehn Arbeitstage pro Kalenderjahr (je pflegebedürftige Person) in Anspruch nehmen. Es ist damit nicht mehr beschränkt auf insgesamt zehn Arbeitstage je pflegebedürftige Person.

Zum anderen besteht der Rechtsanspruch auf Pflegezeit. Beschäftigte können sich bis zu sechs Monate von der Arbeit freistellen lassen,

vollständig oder teilweise, um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in der häuslichen Umgebung zu pflegen. Es besteht eine schriftliche Ankündigungsfrist dem Arbeitgeber gegenüber von zehn Tagen. Der Rechtsanspruch besteht jedoch nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten (§ 3 Abs. 1 S. 2 PflegeZG „Kleinbetriebsklausel“). Wird die Pflegezeit (egal ob vollständig oder teilweise) für minderjährige Pflegebedürftige in Anspruch genommen, entfällt die Einschränkung auf die häusliche Umgebung. Und auch für die Begleitung in der letzten Lebensphase kann die Pflegezeit (bis zu drei Monate) verwendet werden, egal ob der nahe Angehörige in häuslicher Umgebung oder zum Beispiel in einem Hospiz begleitet wird.

### 14.2.2 Das Familienpflegezeitgesetz (FPfZG)

Das Familienpflegezeitgesetz erweitert die genannten Rechtsansprüche auf Freistellung um zwei weitere wesentliche Regelungen, womit die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und damit auch die familiäre Pflege weiter verbessert werden soll.

Die erste Regelung bezieht sich auf die Dauer der Freistellung. Beschäftigte können bis zu 24 Monate Familienpflegezeit in Anspruch nehmen (§ 2 FPfZG). Auch diese Freistellung gilt nur für pflegebedürftige nahe Angehörige und in der häuslichen Umgebung (für minderjährige Pflegebedürftige gilt auch hier zusätzlich die außerhäusliche Betreuung). Anders als bei der Pflegezeit besteht in der Familienpflegezeit eine wöchentliche Mindestarbeitszeit von 15 h im Durchschnitt eines Jahres (§ 2 Abs. 1 S. 2 und S. 3 FPfZG). Die Ankündigungsfrist beträgt mindestens acht Wochen und auch hier sind dem Arbeitgeber Zeitraum und Umfang der gewünschten Freistellung mitzuteilen (§ 2a Abs. 1 S. 1 FPfZG). Auch für diesen Anspruch gibt es eine sogenannte „Kleinbetriebsklausel“, die jedoch von den Regelungen der Pflegezeit abweicht.

Hier gilt der Anspruch nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 25 oder weniger Beschäftigten, und auch die Ermittlung, wer genau zu den Beschäftigten zählt, wird in beiden Gesetzen unterschiedlich gehandhabt. Es gilt, dass die Freistellungen aus der Pflegezeit und der Familienpflegezeit zusammen 24 Monate je pflegebedürftigen nahen Angehörigen nicht überschreiten dürfen (§ 4 Abs. 1 S. 4 PflegeZG, § 2 Abs. 2 FPfZG).

Die zweite Regelung bezieht sich auf das entfallene Einkommen während einer Freistellung. Beschäftigte können für die Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz ein zinsloses Darlehen beantragen, um den Einkommensausfall während der Freistellung abzufedern. Dabei beträgt das Darlehen in der Regel die Hälfte des wegfallenden Nettoentgelts (§ 3 Abs. 2 FPfZG).

### 14.3 Die Empfehlungen des Beirats zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf<sup>1</sup>

Der unabhängige Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf wurde 2015 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einberufen mit dem Ziel, das Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz zu begleiten. Der Beirat legte in seinem ersten Bericht (2019) eine Bestandsaufnahme zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Deutschland vor, wertete Erfahrungen aus dem Ausland aus und sprach erste grundlegende Empfehlungen für Verbesserungen der Vereinbarkeit aus. Er schlug vor, eine steuerfinanzierte Lohnersatzleistung mit Freistellungsansprüchen für Menschen einzuführen, die nahestehende Personen pflegen und dafür ihre Arbeitszeit reduzieren.

#### 14.3.1 Inhalt des zweiten Berichts

In seinem zweiten Bericht hat der Beirat die Empfehlung bezüglich einer steuerfinanzierten Lohnersatzleistung weiterentwickelt und ein konkretes Modell zur Familienpflegezeit und zum Familienpflegegeld erarbeitet (Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf 2023). Damit würde die Sorgearbeit von pflegenden Angehörigen stärker unterstützt, wertgeschätzt und anerkannt werden. Eine Lohnersatzleistung soll dazu führen, dass finanzielle Nachteile (Altersarmut), die durch die Pflegearbeit entstehen, abgedeckt werden. Eine Fokussierung der Empfehlungen auf die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bedeutete für das Modell Limitationen – so konnte die Situation von Personen, die Pflege- und Sorgearbeit leisten, jedoch in keinem Arbeitsverhältnis stehen, nicht berücksichtigt werden. Zudem ergaben sich Unzulänglichkeiten für Lebenslagen von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, die von den Empfehlungen abweichen – etwa bei Pflege- und Sorgeverhältnissen, die über drei Jahre hinausgehen, wie die Hilfe gegenüber pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen.

Daher hat der Beirat sich zudem intensiv mit den Herausforderungen für Familien mit pflegebedürftigen Kindern oder Jugendlichen auseinandergesetzt. Ein weiteres Thema des zweiten Berichts ist die veränderte Situation von pflegenden Angehörigen unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie. Auch eine Analyse der Situation von Pflegenden in kleinen und mittleren Unternehmen wurde begonnen und wird im dritten Bericht weitergeführt. Einen besonderen Schwerpunkt hat der Beirat auf die historische Entwicklung und die heutige Verfasstheit des Versorgungsnetzes gelegt. Nur so lassen sich aktuelle Entwicklungen in der Versorgung bewerten und Veränderungsoptionen aufzeigen – um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf angesichts multipler Herausforderungen (z. B. Zunahme von Pflegebe-

1 An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass es von den Empfehlungen abweichende Minderheitenvoten gibt. Diese sind im Teilbericht einzusehen.   
 ► <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/empfehlungen-zur-familienpflegezeit->

dürftigen, Fachkräftemangel usw.) angehen zu können.

### 14.3.2 Empfehlung für eine Familienpflegezeit und ein Familienpflegegeld

Zur Vereinfachung der aktuellen Gesetzeslage (vgl. ► Abschn. 14.2 dieses Beitrages) schlägt der Beirat vor, das Pflegezeitgesetz und das Familienpflegezeitgesetz künftig in einem Gesetz zusammenzuführen. Das neue Gesetz soll auf der einen Seite eine Familienpflegezeit und auf der anderen Seite ein Familienpflegegeld beinhalten, ganz ähnlich der Elternzeit und dem Elterngeld. Die *Familienpflegezeit* kann als vollständige Freistellung für maximal sechs Monate oder als teilweise Freistellung genommen werden. Damit erhöht sich die Dauer der möglichen Freistellungszeit im Vergleich zur gegenwärtigen Regelung auf insgesamt 36 Monate und nähert sich damit der durchschnittlichen Dauer einer Pflegebedürftigkeit an (Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf 2019). Zugleich soll die Zeitsouveränität erhöht werden, indem die Freistellung in mehrere Zeitabschnitte aufgeteilt werden kann. Die Familienpflegezeit der einzelnen Anspruchsberechtigten kann hintereinander oder gleichzeitig beansprucht werden und es gibt keine Mindestdauer für die Familienpflegezeit. Das neue *Familienpflegegeld* soll ebenfalls für maximal 36 Monate bezahlt werden – es ist einkommensabhängig und die Höhe orientiert sich am Elterngeld. Hier gilt allerdings im Gegensatz zur Familienpflegezeit, dass für jede pflegebedürftige Person nur einmalig für maximal 36 Monate steuerfinanzierte Lohnersatzleistungen gezahlt werden. Das Familienpflegegeld kann von den pflegenden Angehörigen hintereinander oder gleichzeitig beansprucht werden. Die Mindestdauer für das Familienpflegegeld beträgt einen Monat. Sowohl für die Familienpflegezeit als auch für das Familienpflegegeld gelten dieselben Regelungen für den Kreis der *Anspruchsberechtigten*: Einen Anspruch haben pflegende

Angehörige. Hierzu zählen nach der neuen Definition pflegende Familienangehörige und nun auch vergleichbar nahestehende Personen. Mit dieser Empfehlung soll der Kreis der Anspruchsberechtigten erweitert werden – künftig sollen nicht nur Angehörige, sondern alle (vergleichbar) nahestehenden Menschen einen Anspruch haben. Jeder, der eine enge Beziehung zu einem Menschen hat und Pflegeaufgaben übernehmen möchte, soll darin unterstützt werden. Dazu bestätigt jede pflegebedürftige Person offiziell und unbürokratisch die eigenen pflegenden Angehörigen. Ist dies nicht möglich (wie bei Kindern oder an Demenz erkrankten Menschen), können dies legitimierte Dritte (wie Eltern oder Bevollmächtigte) übernehmen. Diese Inanspruchnahme hat einige *Voraussetzungen*. So ist das Vorliegen eines Pflegegrades 1 (mindestens) genauso vorausgesetzt wie das Erbringen der Pflege in der häuslichen Umgebung. Darüber hinaus muss der/die Pflegende ein Beschäftigungsverhältnis haben und dieses aufgrund der Pflegearbeit reduzieren. Für die Inanspruchnahme des Familienpflegegeldes wird ein Pflegegrad 2 vorausgesetzt und es gilt neben den genannten Bedingungen für die Familienpflegezeit zusätzlich, dass bei einem zu versteuernden Einkommen der berechtigten Person von mehr als 250.000 € pro Jahr die Berechtigung erlischt. Dabei ist das Einkommen der pflegebedürftigen Person irrelevant. Eine Anspruchsbegrenzung gilt für Betriebe mit 15 oder weniger Beschäftigten bei einer teilweisen Freistellung. Ein Anspruch auf vollständige Freistellung besteht unabhängig von der Betriebsgröße. Dabei war es dem Beirat wichtig zu empfehlen, dass Kleinbetriebe im Einvernehmen jedoch eine Familienpflegezeit gewähren können – dazu sollten Anreize geschaffen werden, denn gerade viele pflegende Frauen arbeiten in Kleinbetrieben – und wenn eine Freistellung umgesetzt wird, dann gilt für die Berechtigten keine Schlechterstellung beim Familienpflegegeld. Der Beirat empfiehlt darüber hinaus die Anwendung der Regelungen der Familienpflegezeit und des Familienpflegegeldes über drei Monate für die *Begleitung von Menschen in*

der letzten Lebensphase. Dazu können von der Gesamtdauer der Familienpflegezeit maximal drei Monate zur Begleitung als teilweise oder vollständige Freistellung genommen werden. Diese maximal drei Monate können zusätzlich zu der sechsmonatigen vollständigen Freistellung gewährt werden; ein Pflegegrad ist hier keine Voraussetzung und die Begleitung muss nicht in häuslicher Umgebung stattfinden. Für jede Person in der letzten Lebensphase kann einmalig für maximal drei Monate, auch für den Fall einer vollständigen Freistellung, ein steuerfinanziertes Familienpflegegeld gezahlt werden.

### 14.3.3 Weitere Empfehlungen des Beirats

Gleichwohl der Fokus des zweiten Berichts auf der Weiterentwicklung der aktuellen Gesetze liegt, betont der Beirat ausdrücklich, dass Freistellungen zur Pflege und ein Lohnersatz allein noch keine Vereinbarkeit von Pflege und Beruf garantieren. Diese kann erst gewährleistet werden, wenn jeder Pflegehaushalt unbürokratisch und zeitnah auf bedarfsgerechte, aufeinander abgestimmte und öffentlich zugängliche Hilfen und Strukturen zugreifen kann und für berufstätige pflegende Angehörige über die gesamte Pflegedauer gemischte Betreuungsarrangements bereitstehen. Der Ausbau der professionellen Pflegeinfrastruktur ist daher flächendeckend voranzutreiben. Zudem müssen die gesetzlichen Maßnahmen sehr viel besser an die besonders vulnerable Gruppe der Kinder oder Jugendlichen und deren Angehörige angepasst werden. Dazu gehört der Ausbau der unabhängigen Beratung sowie der spezialisierten Angebote zur pflegerischen Versorgung. Zudem hat die Covid-19-Pandemie gezeigt, wie fragil das Pflegesystem in Deutschland ist und welche Herausforderungen in der Zukunft liegen. Um das System krisenfest zu gestalten, sollten die getroffenen Maßnahmen erforscht und ausgewertet sowie konkrete Krisenkonzepte entwickelt werden. Und ganz allgemein sollte die Forschung auf dem Feld der Verein-

barkeit von Pflege und Beruf gestärkt werden, um den künftigen Entwicklungen und Herausforderungen besser begegnen zu können.

## 14.4 Fazit

Pflegende Familienangehörige und Personen aus dem privaten Umkreis werden schon heute – und künftig immer häufiger – in die zum Teil belastende Unterstützungsarbeit gegenüber pflegebedürftigen Nahestehenden eingebunden. Einerseits begründet sich diese Faktenlage mit einer zunehmenden Zahl alter und sehr hoch betagter Menschen in Deutschland. Andererseits kompensieren die professionellen Strukturen der Pflege die zunehmende Inanspruchnahme der privat Pflegenden aus den verschiedensten Gründen nicht. Entweder sind sie aus Personalmangel oder wegen fehlender flächendeckender Ausbreitung nicht vorhanden oder sie werden von den Betroffenen nicht genutzt, weil es an einer Passgenauigkeit zur eigenen Pflegesituation mangelt, die Pflegebedürftigen nicht durch „fremde“ Menschen versorgt werden wollen, die bestehenden Angebote schlicht die finanziellen Ressourcen der Betroffenen überschreiten oder gar keine Kenntnis über die Ansprüche oder Angebote besteht. Eine besondere Situation entsteht für Pflegende, die Pflege und Beruf vereinbaren wollen und etwa aus finanziellen Gründen auch müssen. Viele pflegende Angehörige – so zeigt die jüngste Datenlage – sind gezwungen, ihre Arbeitszeit zu reduzieren oder die Erwerbstätigkeit ganz aufzugeben, um die Pflege ihrer Angehörigen sicherzustellen. Um eine solche Situation aufzufangen, Notlagen in der Pflegezeit zu vermeiden und Altersarmut bei den pflegenden Angehörigen – insbesondere bei Frauen – zumindest zu verringern, wurde bereits 2008 mit der Einführung des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) der Grundstein für die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gelegt. Ein Teil davon war das Pflegezeitgesetz (PflegeZG), mit

dem erstmals Regelungen zur Freistellung von Beschäftigten eingeführt wurden, ihm folgte 2012 das Familienpflegezeitgesetz (FPfZG). Mehr als ein Jahrzehnt später muss resümiert werden, dass die Ziele der gesetzlichen Maßnahmen zur Förderung und Unterstützung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf noch nicht in zufriedenstellendem Maße erreicht werden konnten. Dazu gehört insbesondere, die privat Pflegenden zu entlasten und ihnen – hier insbesondere den pflegenden Frauen – die Ausübung der Berufstätigkeit trotz Pflegearbeit zu ermöglichen und ihre Armutsgefährdung einzugrenzen – auch, weil die Maßnahmen aus unterschiedlichen Gründen von den Betroffenen nur teilweise genutzt werden. Diese Einschätzung war der Ausgangspunkt für die Empfehlungen des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zur Weiterentwicklung der Gesetzeslage und zur Einführung einer Lohnersatzleistung für pflegende Angehörige, die einer Berufstätigkeit nachgehen. Die jüngst veröffentlichten Ergebnisse zur Einbindung privat Pflegenden in die häusliche Sorgearbeit zeigen eindeutig, dass dringend Maßnahmen erforderlich sind, um die Situation der pflegenden Angehörigen zu verbessern und ihnen ein Nebeneinander von Pflege und Beruf zu ermöglichen. Dies gilt nicht zuletzt auch deshalb, weil ihre Leistungen angesichts eines massiv abnehmenden Erwerbsbevölkerungspotenzials in Deutschland sowohl in der häuslichen Pflege als auch in der Arbeitswelt dringend benötigt werden.

## Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (2024) Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand: 15. Juli 2024. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/Zahlen-Fakten\\_Pflegeversicherung.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen-Fakten_Pflegeversicherung.pdf). Zugegriffen: 20. Juli 2024
- Herrmann J, Calahorrano L, Praet M, Rebaudo M (2023) Daten zur Informellen Pflege. Pflegebedürftige und Pflegenden. Fraunhofer FIT, Sankt Augustin
- Heuchert M, König HH, Lehnert T (2017) Die Rolle von Präferenzen für Langzeitpflege in der sozialen Pflegeversicherung – Ergebnisse von Experteninterviews. *Gesundheitswesen* 79(12):1052–1057. <https://doi.org/10.1055/s-0041-111839>
- Pendergrass A, Gräfel E (2024) Pflegebedürftigkeit im Alter – Implikationen für das Gesundheitswesen. *Gesundheitswesen* 86(1):1–2. <https://doi.org/10.1055/a-2189-0322>
- Rebaudo M, Calahorrano L, Hausmann K (2021) Daten zur Informellen Pflege. Pflegebedürftige und Pflegenden. Fraunhofer FIT, Sankt Augustin
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2023) Wachstumsschwäche überwinden – in die Zukunft investieren. Jahresgutachten. DeStatis, Wiesbaden
- Scheerbaum P, Gräfel E, Wasic C, Pendergrass A (2024) Wunsch und Wirklichkeit: Diskrepanz zwischen tatsächlicher und beabsichtigter Nutzung von ambulanten Entlastungsangeboten. Querschnittstudie zur häuslichen Pflege von älteren pflegebedürftigen Menschen. *Gesundheitswesen* 86(1):13–20. <https://doi.org/10.1055/a-2003-9184>
- Schwinger A, Zok K (2024) Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände. *WIdOmonitor – Die Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK*. [https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen\\_Produkte/WIdOmonitor/wido-monitor\\_1\\_2024\\_pflegehaushalte.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WIdOmonitor/wido-monitor_1_2024_pflegehaushalte.pdf). Zugegriffen: 15. Juli 2024
- Statistisches Bundesamt (2023a) Earnings and earnings differences. [https://www.destatis.de/EN/Themes/Labour/Earnings/Earnings-Earnings-Differences/\\_node.html](https://www.destatis.de/EN/Themes/Labour/Earnings/Earnings-Earnings-Differences/_node.html)
- Statistisches Bundesamt (2023b) Pressemitteilung Nr. 124 vom 30. März 2023
- Statistisches Bundesamt (2024) Zahl der Woche Nr. 03 vom 16. Januar 2024. [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2024/PD24\\_03\\_p002.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2024/PD24_03_p002.html). Zugegriffen: 10. Juli 2024
- Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2017) Ein naher Angehörige/r wird pflegebedürftig – Ansprüche nach dem Pflegezeitgesetz/Familienzeitgesetz (unveröffentlicht)
- Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2019) Erster Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. [https://www.wege-zur-pflege.de/fileadmin/daten/Beirat/Erster\\_Bericht\\_des\\_unabhaengigen\\_Beirats\\_2019.pdf](https://www.wege-zur-pflege.de/fileadmin/daten/Beirat/Erster_Bericht_des_unabhaengigen_Beirats_2019.pdf). Zugegriffen: 10. Juli 2024
- Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2023) Zweiter Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. [https://www.wege-zur-pflege.de/fileadmin/daten/Beirat/Zweiter\\_Bericht\\_des\\_unabhaengigen\\_Beirats\\_fuer\\_die\\_Vereinbarkeit\\_von\\_Pflege\\_und\\_Beruf.pdf](https://www.wege-zur-pflege.de/fileadmin/daten/Beirat/Zweiter_Bericht_des_unabhaengigen_Beirats_fuer_die_Vereinbarkeit_von_Pflege_und_Beruf.pdf). Zugegriffen: 11. Juli 2024

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# Gender Care Gap: Situation, Ursachen und Maßnahmen zur Verringerung

*Andrea Budnick*

## Inhaltsverzeichnis

- 15.1 **Pflegebedürftige Menschen und pflegende An- und Zugehörige: Motivation für die Übernahme von Pflege und Verteilung zwischen den Geschlechtern – 214**
  - 15.1.1 Motive der häuslichen Pflegeübernahme – 215
  - 15.1.2 Sorgepolitik: Deutschland und Schweden im Vergleich – 218
- 15.2 **Welcher Maßnahmen bedürfte es, um den Gender Care Gap zu reduzieren? – 219**
- 15.3 **Fazit – 221**
- Literatur – 221**

## ■ ■ Zusammenfassung

Die Mehrheit aller pflegebedürftigen Menschen in Deutschland wird nach wie vor von weiblichen An- und/oder Zugehörigen in der Häuslichkeit versorgt. Die Motivation zur Übernahme dieser Tätigkeit ist vielfältig, wobei emotionale Zuneigung, persönlich-moralische sowie soziale Verpflichtung am häufigsten genannt werden. Nicht nur die individuelle Motivation, sondern auch kontextuelle, wohlfahrtsstaatliche und kulturelle Faktoren beeinflussen die Entscheidung für oder gegen die häusliche Pflegeübernahme und münden im Gender Care Gap. Der Gender Care Gap, der Unterschied in der Übernahme häuslicher Pflege zwischen Männern und Frauen, variiert stark innerhalb Europas. Gleich ist in allen Ländern, dass mehr Frauen als Männer häusliche Pflege übernehmen. Die Schweiz und Schweden sind Länder mit geringer Ausprägung des Gender Care Gaps, während dieser in Luxemburg, Griechenland und Kroatien am höchsten ist. Deutschland liegt im Mittelfeld europäischer Länder, d. h. der Anteil der pflegenden Frauen ist etwas mehr als doppelt so hoch wie der der Männer. Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass in Ländern, in denen die Ausgaben für Langzeitpflege höher sind, der Gender Care Gap geringer ist. Ebenso zeigt sich, dass in Ländern mit relativ geringer Lücke bei der Erwerbsbeteiligung von Frauen und Männern der Gender Care Gap ebenfalls vergleichsweise geringer ausgeprägt ist.

**15** *In Germany, the majority of people in need of care are still cared for by female relatives in their own homes. The motivations for taking on this activity are diverse, with emotional affection, personal-moral commitment and social obligation most frequently mentioned. Not only individual motivation, but also contextual, welfare state and cultural factors influence the decision for or against providing long-term care at home and result in the gender care gap. The gender care gap, the difference taking over domestic care between men and women, varies greatly within Europe. However, in all countries more women*

*than men provide long-term care at home. In Switzerland and Sweden, the gender care gap is less pronounced, while it is highest in Luxembourg, Greece and Croatia. Germany is in the middle range of European countries, i.e. the proportion of female carers is slightly more than twice as high as that of male carers. Current studies show that in countries where expenditure on long-term care is higher, the gender care gap is smaller. It also turns out that in countries with a relatively small gap in the labour market participation between women and men, the gender care gap is comparatively less pronounced.*

## 15.1 Pflegebedürftige Menschen und pflegende An- und Zugehörige: Motivation für die Übernahme von Pflege und Verteilung zwischen den Geschlechtern

Von derzeit fünf Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland werden 84 % (4,17 Mio.) zu Hause und 16 % (0,79 Mio.) in Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege versorgt. Von den in der Häuslichkeit versorgten Menschen beziehen 2,55 Mio. ausschließlich Pflegegeld und werden durch Zu- und Angehörige betreut. Weitere 1,05 Mio. pflegebedürftige Menschen leben in Privathaushalten und werden zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste versorgt. Darüber hinaus nutzen weitere 560.000 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 zum Teil über Entlastungsleistungen landesrechtlicher Angebote (30.000). Laut Statistischem Bundesamt (2022) werden die übrigen 530.000 Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 weder mit Leistungen von Pflegeheimen noch von ambulanten Diensten versorgt. Ob diese Personengruppe weitere Hilfeleistungen nutzt, ist der Pflegestatistik nicht zu entnehmen (Statistisches Bundesamt 2022). Ein Blick auf die Alters- und Geschlechtsverteilung zeigt, dass 79 % der pflegebedürftigen Menschen

■ **Tab. 15.1** Geschlechtsspezifische Aufteilung des Pflegeaufwandes bei Pflegenden, die wöchentlich regelmäßig pflegen; in %. (Quelle: nach Herrmann et al. 2023)

Charakteristika von Pflegenden nach Geschlecht	Alle		Erwerbsfähige		Nicht-Erwerbsfähige		Erwerbstätige	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Anteil mit Pflegeaufwand wöchentlich $\geq 10$ h	47,2	34,9	45,4	29,7	52,2	45,8	39,1	25,7

Pflege-Report 2024

mindestens 65 Jahre alt sind und ein Drittel bereits 85 Jahre oder älter. Die Mehrheit (62 %) von ihnen ist weiblich (Statistisches Bundesamt 2022). Bekanntermaßen steigt mit zunehmendem Alter das Risiko, pflegebedürftig zu werden. In der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen liegt die Pflegequote bei 9 % und bei den ab 90-Jährigen bereits bei 82 %.

Gemäß SOEP-Daten aus dem Jahr 2020 übernehmen mehrheitlich Frauen in Deutschland wöchentlich regelmäßig häusliche Pflegetätigkeiten (57,0 %). Knapp ein Drittel (31,6 %) der häuslich Pflegenden ist jünger als 50 Jahre, die Mehrheit ist zwischen 50 und 65 Jahre alt (45,7 %) und etwas mehr als ein Fünftel (22,8 %) ist mindestens 65 Jahre alt (Herrmann et al. 2023). Wird die geschlechtsspezifische Verteilung der Anteile des wöchentlichen Pflegeaufwandes von mindestens zehn Stunden in Deutschland betrachtet, zeigt sich eine Ungleichverteilung zu Ungunsten der pflegenden Frauen, und zwar über verschiedene Subgruppen hinweg (s. ■ Tab. 15.1). Allgemein liegt unter den pflegenden Personen, die wöchentlich Pflegearbeiten von mindestens zehn Stunden leisten, der Anteil der Frauen bei 47,2 % (Männer 34,9 %). Der Anteil, der für die Pflege mindestens zehn Stunden in der Woche aufwendet, liegt bei den nichterwerbsfähigen Pflegenden noch etwas höher, jedoch im Geschlechtervergleich wieder bei den Frauen höher (52,2 % vs. 45,8 %). Unter den erwerbstätigen häuslich Pflegenden ist der Anteil der Frauen (39,1 %) im Vergleich zu den Männern (25,7 %), die den oben beschriebenen Pflegeaufwand betreiben, ebenfalls höher (Herrmann et al. 2023). Neben der Frage nach den Ur-

chen dieser Ungleichverteilung stellt sich auch die Frage nach der Motivation für die Übernahme der Pflege.

### 15.1.1 Motive der häuslichen Pflegeübernahme

Neben individuellen Motiven (Gräbel 2000; Kofahl 2008; Zwar et al. 2023) werden kontextuelle, wohlfahrtsstaatliche und kulturelle Faktoren sowohl bei Männern als auch bei Frauen beschrieben, die die Entscheidung für oder gegen die häusliche Pflegeübernahme beeinflussen (Heß et al. 2020). Gräbel (2000) zeigt bezüglich individueller Motive ein bipolares Bild mit den Ausprägungen *Zuneigung* oder *Verpflichtung*. Kofahl (2008) bestätigt diese Befunde mit der EUROFAMCARE-Studie und beschreibt, dass Hauptpflegepersonen in sechs europäischen Ländern primär durch emotionale Bindung motiviert waren, die Pflege eines älteren Angehörigen zu übernehmen (Deutschland: 45,1 %, Griechenland: 57,1 %, Italien: 71,1 %, Polen: 47,5 %, Schweden: 72,0 %, UK: 52,8 %, s. ■ Tab. 15.2). Für Deutschland stehen an zweiter und dritter Position die Motive soziale Verpflichtung (16,6 %) und persönlich-moralische Verpflichtung (17,9 %).

Ein integratives Review zur Motivation der häuslichen Pflegeübernahme aus der Perspektive der Selbstbestimmungstheorie zeigt die Komplexität der Thematik auf und kommt zu dem Ergebnis, dass die autonome Motivation zur Pflegeübernahme die wichtigste Determinante des Wohlbefindens bei häuslich Pflegenden ist (Dombestein et al. 2020). Wie

■ **Tab. 15.2** Hauptgrund, die Betreuung des Angehörigen zu übernehmen; in %. (Quelle: Kofahl 2008, S. 140)

	DE	EL	IT	PL	SE	UK	Gesamt
Emotionale Bindung (Liebe, Zuneigung)	45,1	57,1	71,1	47,5	72,0	52,8	57,3
Soziale Verpflichtung	16,6	15,8	11,2	22,0	8,3	13,3	14,7
Persönlich-moralische Verpflichtung	17,9	14,4	6,5	21,1	6,9	12,9	13,4
Betreuung gibt mir ein gutes Gefühl	3,6	2,6	3,3	1,8	4,9	5,0	3,5
Betreuer würde nicht wollen, dass ihn jemand anderes pflegt oder betreut	2,9	1,9	1,3	1,4	1,8	3,3	2,1
Keine Alternative/es war notwendig	6,1	4,7	1,7	2,1	1,1	2,5	3,1
Eher zufällig und ohne bewusste Entscheidung	1,9	2,1	1,7	1,1	1,6	4,4	2,1
Religiöse Überzeugung	0,5	0,7	0,8	1,3	0,2	0,7	0,7
Kosten für professionelle Pflege zu hoch	1,7	0,6	0,5	0,2	0,1	0,3	0,6
Wirtschaftliche Vorteile	0,6	0,1	0,1	0,8	0,0	0,6	0,4
Andere Gründe	3,0	0,0	1,7	0,7	3,1	4,2	2,1

DE = Deutschland, EL = Griechenland, IT = Italien, PL = Polen, SE = Schweden, UK = United Kingdom  
Pflege-Report 2024

schwierig die autonome Motivation zur Pflegeübernahme ist, zeigt sich in Deutschland bei Frauen im Alter zwischen 50 und 65 Jahren. Wie weiter oben beschrieben, übernimmt diese Altersgruppe am häufigsten Pflege Tätigkeiten und sieht sich zweierlei Forderungen ausgesetzt: Einerseits wird erwartet, dass sie länger beruflich tätig sind und andererseits, dass sie häusliche Pflegeaufgaben übernehmen. So etablierte sich der Begriff des „zweiten Vereinbarungskonflikts“ (Heß et al. 2020). Zum Zielkonflikt zwischen Renten- und Pflegepolitik publizierten Fischer und Müller (2020) Folgendes: „Während zur Stabilisierung der gesetzlichen Rente die Arbeitsmarkt-beteiligung von älteren Menschen erhöht werden soll, ist das Pflegesystem darauf angewiesen, dass häusliche Pflege von eben diesen Gruppen geleistet wird“. Frauen leisten infolge von Frühverrentung mehr Pflege für Angehörige. Zudem hat die Erhöhung des Renteneintrittsalters den Konflikt verschärft (Fischer und Müller 2020, S. 860). Des Weiteren zeigt eine aktuelle Untersuchung des Deutschen Alterssur-

veys, dass persönliche Werte wie Selbstoptimierung, Selbsttranszendenz, Erhalt des Bestehenden und Offenheit für Veränderung signifikant mit informeller Pflege assoziiert sind und als Motivatoren oder Hindernisse wirken können. Selbstoptimierung schließt Leistung und Macht ein und konzentriert sich auf die Verfolgung der eigenen Ziele, wohingegen die Selbsttranszendenz Universalismus und Wohlwollen beinhaltet. Sie konzentriert sich auf die Unterstützung und den Schutz anderer und der eigenen Umwelt (Zwar et al. 2023). Bei Männern und Frauen wurden die gleichen Motivatoren gefunden, wobei unterschiedliche Werte einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit der Pflegeübernahme haben. Ein höherer Stellenwert von Selbstoptimierung war mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für die häusliche Pflegeübernahme verbunden, während eine höhere Wertschätzung der Selbsttranszendenz mit einer höheren Wahrscheinlichkeit, häusliche Pflege auszuüben, assoziiert war. Mit zunehmendem Alter war ein höherer Wert bei den Erhaltungswerten mit einer

noch geringeren Wahrscheinlichkeit für die Pflegeübernahme verbunden. Das Geschlecht milderte diese Assoziationen nicht, dennoch wurden niedrigere Quoten für die Pflege nur bei Männern mit höheren Werten bei der Offenheit für Veränderungen und nur bei Frauen mit höheren Werten bei Erhalt des Bestehenden (conservation) gefunden. Die Selbsttranszendenz war bei beiden Geschlechtern mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für die Pflegeübernahme verbunden (Zwar et al. 2023).

Der weiter oben beschriebene Gender Care Gap, der Unterschied in der Übernahme häuslicher Pflege zwischen den Geschlechtern, variiert stark innerhalb Europas (Geyer et al. 2024, S. 97). Dennoch leisten in allen Ländern mehr Frauen als Männer häusliche Pflege. In der Schweiz, in Schweden und in Portugal ist der Gender Care Gap am geringsten, d. h. dass Frauen etwas weniger als doppelt so oft pflegen wie Männer. Den höchsten Gender Care Gap weisen Luxemburg, Griechenland und Kroatien auf. In diesen Ländern ist der Anteil der pflegenden Frauen im Vergleich zu pflegenden Männern rund dreimal so hoch. Deutschland liegt im Mittelfeld der betrachteten europäischen Länder, d. h. der Anteil der pflegenden Frauen ist etwas mehr als doppelt so hoch wie der der Männer. Die Bereitschaft, nahestehende Familienangehörige zu pflegen, ist in Deutschland hoch. Kontextfaktoren, die diese Entscheidung beeinflussen, sind beispielsweise die Größe des Hauses, flexible Arbeitszeit oder die Entfernung zum Pflegebedürftigen. Hingegen wird mit der Vorstellung, selbst häusliche Pflege in Anspruch nehmen zu müssen, sehr zurückhaltend umgegangen. Insbesondere jüngere Personen (20 bis 39 Jahre) ohne Pflegeerfahrung gaben an, von ihren Angehörigen nicht zu erwarten, dass die Pflege im Falle der eigenen Pflegebedürftigkeit übernommen werden sollte. Diese Personengruppe ist einerseits bereit häusliche Pflege zu leisten, möchte jedoch im Falle der eigenen Pflegebedürftigkeit niemandem zur Last fallen – weder den eigenen Kindern noch dem Partner oder der Partnerin (de Jong et al. 2021). Eine weitere Untersuchung auf der Basis des

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) zeigt, dass normative Kosten und das geschlechterspezifische Lohngefälle auch unter gemischten Geschwistern in einem Gender Care Gap resultieren, d. h. eher die Schwester als der Bruder die häusliche Pflege übernimmt (Barigozzi et al. 2020). Im Umkehrschluss zeigt sich auch in dieser Konstellation, dass aufgrund bestehender sozialer Normen die Pflege von Töchtern eher erwartet wird als von Söhnen. Des Weiteren entstehen für Töchter höhere normative Kosten als für Söhne, wenn sie die Übernahme häuslicher Pflegetätigkeiten ablehnen. Der Gender Pay Gap beeinflusst also nicht nur die Partnerschaft zwischen Mann und Frau, sondern auch die Geschwisterbeziehung zwischen Schwester und Bruder und dies wiederum die Entscheidung, häusliche Pflege zu übernehmen, und zwar zu Ungunsten der Schwestern. Männer übernehmen eher häusliche Pflegetätigkeiten, wenn sie keine Schwester haben. Somit resümieren Barigozzi und Kollegen (2020), dass politische Maßnahmen nicht die häusliche Pflege unterstützen sollten. Töchter seien bereits kulturell prädestiniert, (zu viel) häusliche Pflege zu übernehmen. Häusliche Pflegearrangements sollten durch formelle Angebote unterstützt werden, da folglich zeitliche Freiräume für Frauen entstünden, die beispielsweise eine berufliche Tätigkeit ermöglichen. Geschlechterdifferenzen bei der Übernahme der Pflege durch jüngere Frauen und Männer (bis 44 Jahre) beobachtete auch Fuchs (2006): Während Frauen eher aus Pflichtgefühl die häusliche Pflege übernahmen, taten jüngere Männer dies eher aus selbstwertdienlichen Motiven oder weil sie anderen Pflegemöglichkeiten misstrauten. Für beide Geschlechter im Rentenalter waren eher soziale oder finanzielle Motive ausschlaggebend für die Übernahme der Rolle des pflegenden Angehörigen (Fuchs 2006).

Insgesamt wird die Verteilung von unbezahlter Sorgearbeit zwischen den Geschlechtern – hier häusliche Pflege – von drei Ebenen beeinflusst, die miteinander in Verbindung stehen: die Makroebene, die Staat und

Gesellschaft betrachtet sowie bestehende Gesetzgebungen und Normen berücksichtigt, interagiert mit dem Lebensumfeld, bestehend aus Kommune (inkl. Infrastruktur), Betrieben sowie Familie und Freunden (Mesoebene) und der Mikroebene, die das Individuum in den Fokus nimmt (Gärtner et al. 2020, S. 75). Der Zusammenhang zwischen diesen Ebenen und den Themenfeldern soziale Normen (Geschlechterstereotype, Geschlechterrollen-Zuschreibungen), Infrastruktur, Struktur des Arbeitsmarktes und staatliche Leistungen ermöglicht Ansätze zur Erklärung der Ungleichverteilung häuslicher Sorgearbeit. Diese Aspekte bilden einen wesentlichen Teil des gesellschaftlichen Zusammenlebens ab (Gärtner et al. 2020).

### 15.1.2 Sorgpolitik: Deutschland und Schweden im Vergleich

Ein Vergleich zwischen Deutschland und Schweden macht noch deutlicher, wie im Kontext von Kultur und Wohlfahrtsstaat die Entscheidung, häusliche Pflege zu übernehmen, beeinflusst wird (Heß et al. 2020). Um Ursachen der Ungleichheit bei der Verteilung der Sorgearbeit für pflegebedürftige Menschen noch besser zu verstehen, müssen die Ausgestaltung der Sorgpolitik und die Organisation von Sorgearbeit analysiert werden. Schweden wird herangezogen, da das schwedische Modell zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu den erfolgreichsten in der Europäischen Union gehört (Theobald 2020).

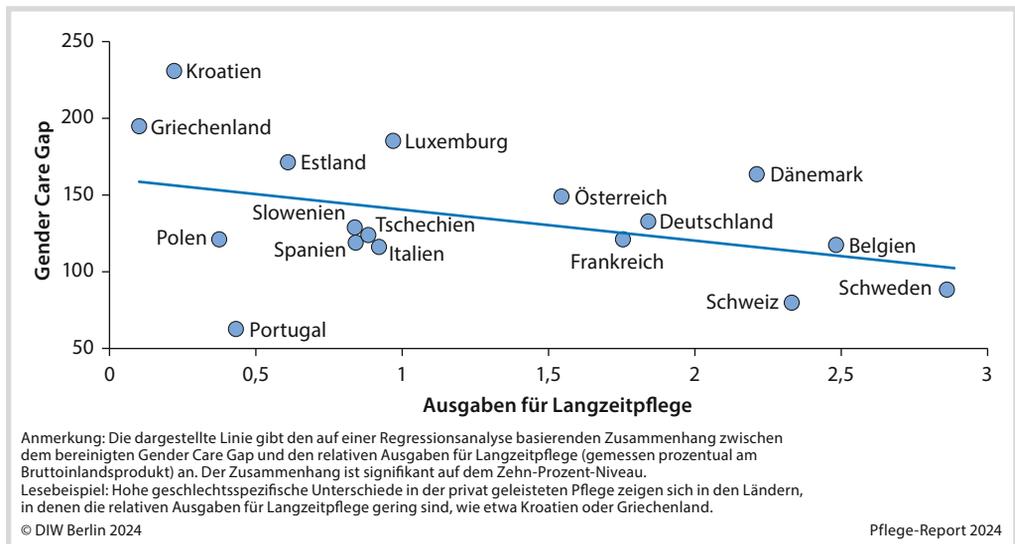
Kulturelle Wertvorstellungen zur Rolle von Staat und Familie hinsichtlich Sorge- und Pflegeverantwortlichkeiten unterscheiden sich innerhalb Europas grundlegend (Heger und Korfhage 2018; Kraus et al. 2020). Der grundlegende Ansatz der Sorgpolitik in Deutschland umfasst, dass Sorge- und Pflegeverantwortlichkeiten vorrangig von der Familie zu übernehmen sind. Dies wird als expliziter Familialismus bezeichnet (Theobald 2020, S. 187–189, Czaplicki 2019, S. 131). In skandinavischen Ländern, wie z. B. Schweden,

liegt die Sorge-/Pflegeverantwortlichkeit aus kultureller Perspektive primär beim Staat – auch als optionaler Familialismus bezeichnet (Theobald 2020, S. 187–189). Daran anknüpfend wurde für Deutschland der Terminus familienorientiertes Care-Regime und für Schweden der Terminus dienstleistungsorientiertes Care-Regime geprägt (Theobald 2020, S. 184). Zeitintensive pflegerische Tätigkeiten in der Häuslichkeit werden eher von staatlichen Dienstleistern übernommen (Heß et al. 2020; Theobald 2020, S. 187–188). In der praktischen Umsetzung bedeutet es, dass Schwedinnen und Schweden seltener als Deutsche zeitintensive pflegerische Aufgaben übernehmen und eher instrumentell unterstützen. Letzteres erfolgt nahezu gleichverteilt durch Männer und Frauen, beispielsweise indem sie organisatorische Aufgaben übernehmen oder für eine pflegebedürftige Person Informationen beschaffen. In der Konsequenz haben Schwedinnen und Schweden mehr Tageszeit zur Verfügung, um einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Insgesamt betrachtet wird in Deutschland die Übernahme häuslicher Sorgearbeit von Geschlecht, sozialer Schicht und Alter beeinflusst und in Schweden kaum. Der explizite Familialismus wird in Deutschland durch die soziale Pflegeversicherung (SGB XI) staatlich unterstützt, insbesondere durch die Möglichkeit der sog. Geldleistung, die nach Pflegegrad differenziert ist (BMG 2024). Diese Form der kulturellen Vorstellung zur Verteilung von Pflegetätigkeiten korrespondiert zwar mit den Wertvorstellungen der deutschen Bevölkerung (Pflege sollte durch die Familie erfolgen), verhindert jedoch zugleich die partnerschaftliche Aufteilung der häuslichen Pflege. Kulturell bedingt üben somit in Deutschland eher Frauen (intensive) pflegerische Aufgaben aus. Hinsichtlich der Ausgestaltung der Pflegetätigkeiten und der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten ist die geschlechtsspezifische Studienlage widersprüchlich. In Schweden wurde mit der Einführung des Social Service Act 1982 das Recht auf öffentliche universelle Dienstleistungen gesetzlich verankert. Demnach finan-

zieren Kommunen Dienstleistungen und haben großen Handlungsspielraum bei der Ausgestaltung und somit auch bei der Pflege. Wirft man einen Blick auf die Beschäftigungsquote von Frauen zwischen dem 50. und 64. Lebensjahr, liegt diese in Deutschland bei 68 % und für Schwedinnen bei 75 % (Heß et al. 2020). Darüber hinaus wird die sog. 24-Stunden-Betreuung durch Personen vorrangig aus Osteuropa (sog. *Live-ins*) in Schweden nicht benötigt (Hellgren 2015). Dieses häusliche Pflegearrangement (rechtlich in der Grauzone) ist in Deutschland ein wichtiger Bestandteil des Pflegesystems (Freitag 2020). Somit basieren die geschlechtsspezifischen Differenzen hinsichtlich der Übernahme häuslicher Pflegetätigkeiten u. a. auf Anreizen im System der deutschen Sorgpolitik.

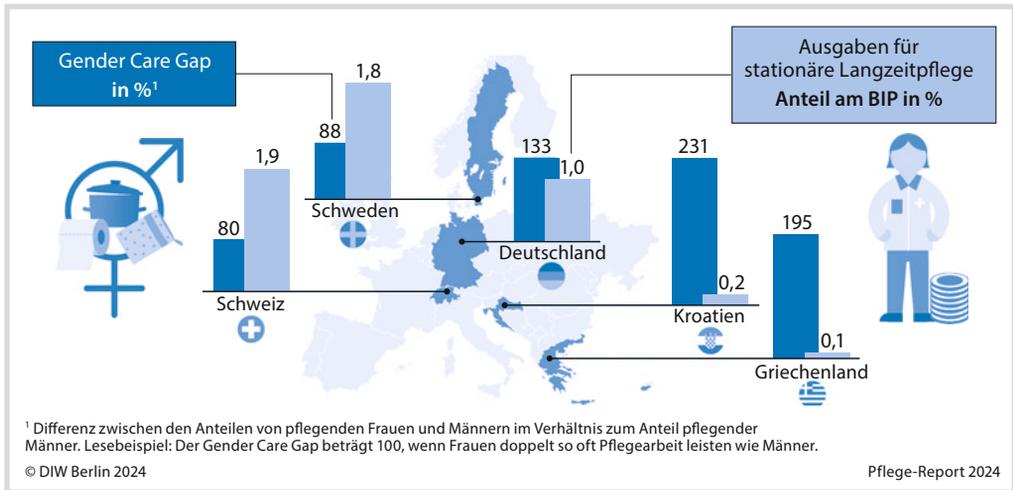
## 15.2 Welcher Maßnahmen bedürfte es, um den Gender Care Gap zu reduzieren?

Aktuelle Analysen zeigen: Je größer die relative Lücke in der Erwerbsbeteiligung von Frauen und Männern ist, desto größer ist der Gender Care Gap in einem Land. Dies impliziert, dass in Ländern mit geringer Frauenerwerbsquote weibliche An- und Zugehörige im Vergleich zu Männern stärker in die häusliche Pflege eingebunden werden (Teschner und Wittenberg 2024). Weitere Analysen des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) zeigen, dass in Ländern, in denen insgesamt die Ausgaben für Langzeitpflege höher sind, wie in Schweden, Belgien oder der Schweiz, der Gender Care Gap geringer ist. Und umgekehrt zeigen sich in Ländern, in denen die Ausgaben für Langzeitpflege gering sind, relativ hohe geschlechtsspezifische Unterschiede in der privat erbrachten Pflege. Dazu zählen Kroatien oder Griechenland. Im Spiegel beider Dimensionen befindet Deutschland sich ebenfalls im Mittelfeld (■ Abb. 15.1).



Pflege-Report 2024

■ **Abb. 15.1** Bereinigter Gender Care Gap und relative Ausgaben für Langzeitpflege; Gender Care Gap in %, Ausgaben in % des BIP. (Quelle: Geyer et al. 2024)



**Abb. 15.2** Ein gut finanziertes Pflegesystem entlastet vor allem Frauen von der häuslichen Pflege und verringert den Gender Care Gap. (Quelle: Geyer et al. 2024)

Wird die Betrachtung der Ausgaben spezifiziert für die stationäre Langzeitpflege, wird der beschriebene Zusammenhang noch deutlicher. In Ländern wie Schweden oder der Schweiz werden knapp 2 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) für stationäre Pflege ausgegeben, wohingegen in Kroatien und Griechenland 0,15 % bzw. 0,07 % des BIP dafür aufgewendet werden. Deutschland investiert rund 1 % des BIP in die Ausgaben für stationäre Langzeitpflege und liegt damit im europäischen Vergleich ebenfalls im Mittelfeld (Geyer et al. 2024). Weitere Analysen zeigen, dass in Ländern mit höheren Ausgaben für stationäre Langzeitpflege im Durchschnitt geringere geschlechtsspezifische Unterschiede in der informellen Pflege zu beobachten sind. Auf EU-Länderebene zeigt sich somit, dass ein stärkerer formeller Pflegesektor häuslich Pflegende – insbesondere Frauen – entlastet (Abb. 15.2). Geyer und Kollegen (2024) merken kritisch an, dass dies nicht automatisch zu einer allgemeinen Gleichstellung der Geschlechter beiträgt, da der Frauenanteil in der professionellen Pflege ebenfalls hoch ist und Pflegeberufe relativ gering entlohnt werden.

Der Unabhängige Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2023) adressiert im

zweiten Bericht die besondere Situation häuslich pflegender Erwerbstätiger und erarbeitete Empfehlungen zur Ausgestaltung einer praxistauglichen Familienpflegezeit. Diese enthält die Weiterentwicklung der Gesetzeslage zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und sieht die Einführung einer steuerfinanzierten Lohnersatzleistung mit Freistellungsansprüchen für häuslich Pflegende, die nahestehende Angehörige pflegen, vor. Mit diesen Empfehlungen soll die Sorgearbeit im deutschen Pflegesystem anerkannt und wertgeschätzt werden. Eine Lohnersatzleistung hat das Potenzial, finanzielle Nachteile (Altersarmut), die durch häusliche Pflegearbeit entstehen können, abzufedern. Für eine konkrete Darstellung der Handlungsempfehlungen zur Ausgestaltung einer Familienpflegezeit und eines Familienpflegegeldes wird auf den Zweiten Bericht des Unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2023) auf den Seiten 26 bis 38 verwiesen.

### 15.3 Fazit

Häusliche Pflege wird in Deutschland deutlich häufiger und in größerem Umfang von Frauen als von Männern geleistet. Das gilt auch im europäischen Ländervergleich, wie auf der Basis von SHARE-Daten durch Geyer und Kollegen (2024) gezeigt wurde. Dabei werden wesentliche Unterschiede zwischen den Ländern hinsichtlich der Ausgaben für das formelle Pflegesystem herausgearbeitet. Es zeigt sich: Je höher die Ausgaben für formelle Pflege sind, desto geringer ist der Gender Care Gap. Parallel dazu ist die geschlechtsspezifische Ungleichheit in der Berufswelt in den untersuchten Ländern von Bedeutung. Länder mit geringer Ungleichheit zwischen den Geschlechtern bezüglich der Erwerbsbeteiligung weisen auch einen geringen Gender Care Gap aus. Wie beschrieben, nimmt Deutschland im europäischen Vergleich der Ausgaben für formelle Pflege, der Geschlechterungleichheit und bezüglich des Gender Care Gaps einen mittleren Platz ein. Überlegungen zur Reduzierung des Gender Care Gaps sind vielfältig. Dazu zählt die Erhöhung der Frauenerwerbstätigkeit, was wiederum gleichzeitig ein Beitrag zur Reduzierung des Fachkräftemangels wäre (Fischer und Müller 2020). Eine weitere Maßnahme zur Reduktion des Gender Care Gaps wäre, mehr in formelle Pflege zu investieren, um das Angebot sowie die Qualität zu erhöhen und um auf diesem Weg den Umfang der häuslichen Pflegearbeit für An- und Zugehörige – insbesondere für Frauen – zu verringern. Das schwedische Modell zeigt, dass es möglich ist, den Gender Care Gap zu reduzieren. Aktuell besteht jedoch u. a. in Deutschland die Herausforderung, mit dem wachsenden Fachkräftemangel in der professionellen Pflege umzugehen. Dem Statistischen Bundesamt (2022) zufolge werden im Jahr 2049 mindestens 280.000 professionelle Pflegekräfte in Deutschland fehlen. Eine ausreichend hohe Anzahl an Pflegefachkräften könnte einerseits die Qualität der professionellen Pflege verbessern und andererseits häuslich Pflegende entlasten und den Gen-

der Care Gap reduzieren. Die Einführung einer steuerfinanzierten Lohnersatzleistung mit Freistellungsansprüchen für häuslich Pflegende, die nahestehende Angehörige pflegen, hätte das Potenzial, finanzielle Nachteile (Altersarmut) häuslicher Pflegearbeit abzufedern.

### Literatur

- Barigozzi F, Cremer H, Roeder K (2020) Caregivers in the family: daughters, sons and social norms. *Eur Econ Rev* 130:103589
- Bundesministerium für Gesundheit (2024) Pflegeleistungen zum Nachschlagen. Ratgeber. BMG, Berlin
- Czaplicki C (2019) Die Kombination von Pflege- und Erwerbstätigkeit im Lebensverlauf. Strukturen, Muster und Pfadabhängigkeiten. Springer VS, Wiesbaden
- Dombestein H, Norheim A, Lunde Husebø AM (2020) Understanding informal caregivers' motivation from the perspective of self-determination theory: an integrative review. *Scand J Caring Sci* 34:267–279
- Fischer B, Müller KU (2020) Bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege kann Zielkonflikt zwischen Renten- und Pflegepolitik lösen. *DIW Wochenber* 46:854–861
- Freitag N (2020) Arbeitsausbeutung beenden. Osteuropäische Arbeitskräfte in der häuslichen Betreuung in Deutschland. Deutsches Institut für Menschenrechte; Minor – Projektkontor für Bildung und Forschung, Berlin
- Fuchs J (2006) Komponenten der Pflegemotivation von Nicht-Pflegenden. *Eur J Health Psychol* 8:25–30
- Gärtner D, Lange K, Stahlmann A (2020) Was der Gender Care Gap über Geld, Gerechtigkeit und die Gesellschaft aussagt. Einflussfaktoren auf den Gender Care Gap und Instrumente für seine Reduzierung. BMFSFJ, Berlin
- Geyer J, Haan P, Teschner M (2024) Ausbau der Pflegeversicherung könnte Gender Care Gap in Deutschland reduzieren. *DIW Wochenbericht* 7:95–103
- Gräfel E (2000) Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. *Z Gerontopsychologie Psychiatrie* 13:85–94
- Heger D, Korfhage T (2018) Care choices in europe: to each according to his or her needs? *Inq J Health Care Organ Provis Financing* 55:46958018780848
- Hellgren Z (2015) Markets, regimes, and the role of Stakeholders: explaining precariousness of migrant domestic/care workers in different institutional frameworks. *Soc Polit* 2:220–241
- Herrmann J, Calahorrano L, Praet M, Rebaudo M (2023) Daten zur Informellen Pflege. Pflegebedürftige und Pflegende. Fraunhofer FIT. Fraunhofer Institut für angewandte Informationstechnik, St. Augustin, S 1–36

- Heß M, De Tavernier W, Naegele L (2020) Culture Matters – Normen, Erwerbstätigkeit und informelle Pflege von älteren Frauen in Europa. *Sozialer Fortschr* 69:667–685
- de Jong L, Stahmeyer JT, Eberhard S, Zeidler J, Damm K (2021) Willingness and preparedness to provide care: interviews with individuals of different ages and with different caregiving experiences. *BMC Geriatr* 21:207
- Kofahl C (2008) Motive von Angehörigen, ihre älteren Familienmitglieder zu betreuen: Ergebnisse aus dem europäischen Forschungsprojekt EUROFAMCARE. In: Hedtke-Becker A, Zank S (Hrsg) *Europäische Perspektiven für Generationen in Familie und Gesellschaft im demographischen Wandel*. Kohlhammer, Stuttgart, S 130–145
- Kraus M, Föbtleitner S, Riedel M (2020) Pflegesysteme im internationalen Vergleich. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2020*. Springer, Berlin Heidelberg, S 23–37
- Statistisches Bundesamt (2022) *Pflegestatistik 2021*. De-statis, Wiesbaden
- Teschner M, Wittenberg E (2024) Je größer die Lücke in der Erwerbsbeteiligung, desto größer ist auch der Gender Care Gap: Interview. *DIW Wochenbericht* 91:104
- Theobald H (2020) Sorgepolitiken und die Konsequenzen für die Gleichstellung von pflegenden Familienangehörigen: Deutschland und Schweden im Vergleich. *Sozialer Fortschritt* 69:183–202
- Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2023) *Zweiter Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf*. Berlin: Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben Geschäftsstelle des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/228686/822bf9b9987dfaa1fe5f33fa3631dbc2/zweiter-bericht-des-unabhaengigen-beirats-fuer-die-vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf-data.pdf>. Zugegriffen: 12. Aug. 2024
- Zwar L, König HH, Hajek A (2023) Personal human values, informal caregiving and the relevance of gender and age: findings from the population-based German Aging Survey. *Arch Gerontol Geriatr* 110:104968

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# Wohnen mit Pflegebedürftigkeit: Ergebnisse zur Wohnsituation aus der ZQP-Befragung pflegender Angehöriger, Handlungsbedarf und Lösungsansätze

*Simon Eggert, Ralf Suhr und Christian Teubner*

## Inhaltsverzeichnis

- 16.1 Wohnen und Pflegebedürftigkeit – 224
- 16.2 Die Wohnbedingungen pflegebedürftiger Menschen  
in Deutschland – 225
- 16.3 Fazit – 230
- Literatur – 232

## ■ ■ Zusammenfassung

Wie lange ältere Menschen mit Pflegebedarf ihr Leben außerhalb stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen führen können, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Eine Rolle spielt dabei die Beschaffenheit des Wohnraums und dessen Barrierestatus. Denn entsprechende Barrieren sind unter anderem mit verschiedenen gesundheitlichen Risiken, auch Risiken für die Pflegesicherheit, verbunden und können die Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe mindern. In einer durch das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) durchgeführten Studie gibt in etwa die Hälfte der pflegenden Angehörigen an, die pflegebedürftigen Personen lebten in Wohnungen mit „einigen“, „vielen“ oder „sehr vielen“ Barrieren. Über den Wohnraum hinaus werden auch die Gestaltung des Wohnumfelds und infrastrukturelle Merkmale für pflegerechten Wohnraum von vielen der befragten Angehörigen kritisch eingeschätzt.

Sowohl der Barrierestatus des Wohnraums als auch das Wohnumfeld weisen einen signifikanten Zusammenhang auf mit der Einschätzung, ob die Wohnung geeignet ist für die Teilnahme am sozialen Leben. Die Studie unterstützt mit ihren Ergebnissen den Blick auf die präventive Bedeutung von pflegerechtem Wohnraum und einem entsprechenden Wohnumfeld.

*How long older people with care needs can live outside of long-term care facilities depends on various factors. The condition of the living space and its barrier status play a role here because such barriers are associated with various health risks, including risks to care safety, and can reduce the chances of social participation. In a study conducted by the Centre for Quality in Care (ZQP), around 50 percent of the informal carers stated that the people in need of care lived in homes with “some”, “many” or “very many” barriers. Apart from the characteristics of the living space, those of the living environment as well as infrastructural features for care-friendly housing were also viewed critically by many of the informal carers surveyed.*

*Both the barrier status of the living space and the living environment show a significant correlation with the assessment of whether the home is suitable for participation in social life. With its results, the study supports the view of the preventive importance of care-friendly housing and an appropriate living environment.*

## 16.1 Wohnen und Pflegebedürftigkeit

Wie ältere pflegebedürftige Menschen wohnen, kann erheblichen Einfluss auf deren Lebenssituation und den weiteren Lebensverlauf haben. Hierbei ist das häusliche Setting von besonderer Relevanz. Denn die aktuelle amtliche Pflegestatistik zeigt: Der Anteil der entsprechend versorgten pflegebedürftigen Personen lag 2021 bei 84,0 % (Statistisches Bundesamt 2022). Neben der Versorgungs- und Unterstützungssituation pflegebedürftiger Personen ist auch die Beschaffenheit ihres Wohnraums sowie des näheren und weiteren Wohnumfelds von relevanter Bedeutung für das Potenzial, möglichst sicher und gesund im häuslichen Umfeld zu verbleiben sowie gesellschaftlich teilzuhaben. Alters- und pflegerechtes Wohnen kann daher unter der Perspektive von Gesundheitsförderung und Prävention betrachtet werden (Tcymbal et al. 2022; Fuchs et al. 2022).

Die Forschung zeigt diesbezüglich, dass sich Wohnbedingungen physisch, psychisch und sozial auf die Gesundheit älterer Menschen negativ auswirken können. Nachfolgend sollen hierfür einige Beispiele gegeben werden. So können in bestimmter Hinsicht ungünstige Faktoren, die den Wohnraum betreffen, mit einem erhöhten Risiko für Pflegebedürftigkeit und einem beschleunigten Übergang in die stationäre Langzeitpflege verbunden sein (Farias et al. 2023). Das Sturzrisiko ist hierbei ein relevanter Faktor: Jährlich erleiden in Deutschland etwa 31 % der Menschen über 65 Jahre einen Sturz (Rapp et al. 2014); Frakturen sind eine typische Folge (Moreland et al. 2020). Viele Stür-

ze in dieser Altersgruppe treten dabei im eigenen Zuhause auf (Cigolle et al. 2015). Eine Meta-Analyse von Studien über Sturzrisiken älterer Menschen kommt zu dem Ergebnis, dass der Anteil an Stürzen, der auf das physische Wohnumfeld zurückzuführen ist, zwischen 11 und 55 % liegt (Letts et al. 2010).

Stürze scheinen sich zudem durch die Angst vor weiteren Stürzen negativ auf die soziale Teilhabe älterer Menschen auszuwirken (Makino et al. 2018; Pin und Spini 2016). In einem Systematic Review von Studien wurden signifikante Zusammenhänge zwischen der Angst vor Stürzen und Depression ermittelt – wobei die Wirkrichtung unklar bleibt (Gambaro et al. 2022). Depressionen stellen bei älteren Menschen die häufigste psychische Erkrankung dar (Depping et al. 2023).

Ebenfalls eine Rolle für die psychische Gesundheit kann der Wohnraum im Kontext der Prävention sozialer Isolation und Einsamkeitsgefühlen bei älteren Menschen spielen. Einige Risikofaktoren für Einsamkeit können bei diesen verdichtet auftreten, wie etwa der Verlust nahestehender Menschen und verschiedene gesundheitliche Probleme, die sozialen Rückzug oder Ausgrenzung begünstigen, z. B. kognitive Einbußen, Inkontinenz, Schwierigkeiten beim Gehen oder die Angst vor Stürzen (WHO 2021). Entsprechend wichtig ist es, dass barrierearmer Wohnraum mögliche Tendenzen zum sozialen Rückzug oder zur Exklusion nicht verstärkt bzw. diesen entgegenwirkt.

Darüber hinaus legen Untersuchungen nahe, dass Risikofaktoren für Pflegefehler mit dem Wohnraum selbst verbunden sind und die Pflegesicherheit durch die Beschaffenheit des Wohnraums gefährdet werden kann, beispielsweise durch beengte räumliche Verhältnisse oder Hindernisse (Hignett et al. 2016).

Diese Aspekte unterstreichen, wie bedeutsam es ist, dass die Wohnsituation älterer Menschen in Deutschland überwiegend nicht barrierearm oder gar barrierefrei ist. Die Erhebung im Rahmen des Mikrozensus 2022 zeigt für Haushalte mit Personen ab 65 Jahre folgendes Bild: 23,6 % der Wohnungen haben keine Schwellen oder Unebenheiten. Für 38,1 % der

Fälle gilt, dass alle Räume stufenlos erreichbar sind. Bei 57,1 % wird der Raum im Bereich Bad/Sanitär als genügend empfunden. Lediglich 22,7 % haben einen ebenerdigen Einstieg zur Dusche (Statistisches Bundesamt 2024).

Ein Zusammenhang zwischen Wohnraum bzw. Wohnumfeld und der Gesundheit älterer pflegebedürftiger Menschen besteht im Übrigen auch bei deren Schutz vor den Folgen des Klimawandels, wie etwa bei der Prävention von gesundheitlichen Auswirkungen von heißen Tagen und Nächten (Becker et al. 2019; Blättner et al. 2020). Denn für entsprechende gesundheitliche Schädigungen bis hin zum hitzebedingten Versterben ist dieses Kollektiv besonders gefährdet (Herrmann et al. 2019). Entsprechend sind beispielweise Verschattungsmöglichkeiten von Wohnraum sowie beschattete Vorplätze und Sitzgelegenheiten im Wohnumfeld relevante Beiträge zu pflegefreundlichen Lebensorten. Eine aktuelle Studie des ZQP zeigt dabei nicht zuletzt, dass sich viele Pflegekräfte in der ambulanten Pflege wegen der gesundheitlichen Auswirkungen von Wetterextremen sorgen. 43,8 % der Befragten gaben in dem Zusammenhang an, dass es in ihrer Region von Mai bis August 2023 oft oder sehr oft so heiß war, dass dies die Gesundheit von Klienten und Klientinnen gefährdet habe. Zudem bestehen laut der Untersuchung bei vielen Diensten deutliche Herausforderungen bei der Umsetzung von Hitzeschutzmaßnahmen (Egger et al. 2024).

## 16.2 Die Wohnbedingungen pflegebedürftiger Menschen in Deutschland

Um speziell die Wohnsituation älterer pflegebedürftiger Menschen in Deutschland genauer zu beleuchten, hat das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) im April/Mai 2023 eine repräsentative Befragung unter 1.005 pflegenden Angehörigen durchgeführt. Grundlage der Online-Befragung war das forsa.Omninet, ein offline rekrutiertes Online-Panel mit über 100.000 deutschsprachigen Personen. Einge-

**Tab. 16.1** Charakteristika der pflegebedürftigen Personen (n = 1.005) (Quelle: ZQP-Befragung zu „Wohnen mit Pflegebedürftigkeit“)

		Alterskategorie (Jahre) in %			Gesamt (in %)
		60–69	70–79	80+	
Geschlecht	Männlich	43,1	39,6	30,7	33,6
	Weiblich	56,9	60,4	69,1	66,3
	Divers			0,2	0,1
Wohnsituation	Allein	34,9	32,8	55,0	48,8
	Nur zusammen mit mir	43,4	31,4	10,8	17,8
	Zusammen mit mir und mind. einer anderen verwandten/ befeundeten Person	4,8	8,5	8,4	8,1
	Zusammen mit mind. einer anderen verwandten/befreundeten Person, aber nicht mit mir	16,0	27,3	25,2	24,9
	Weiß nicht/keine Angabe	1,0	0,0	0,5	0,5
Demenz festgestellt	Ja	10,9	22,6	24,4	22,9
	Nein	88,0	76,0	74,1	75,7
	Weiß nicht/keine Angabe	1,2	1,3	1,5	1,4

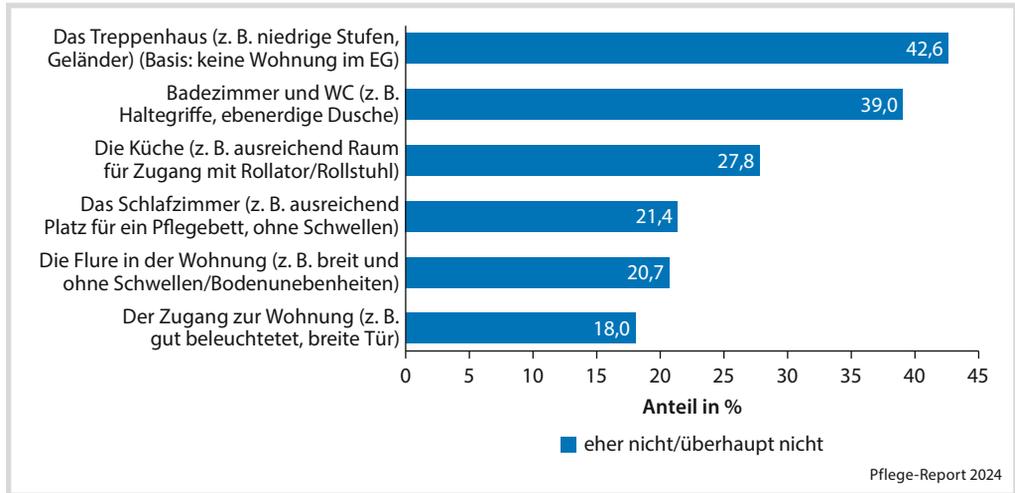
Pflege-Report 2024

schlossen in die Befragung wurden Personen im Alter von 40 bis 85 Jahren, die seit mindestens sechs Monaten eine Person aus deren persönlichem Umfeld regelmäßig pflegen, welche folgende Kriterien erfüllt: (i) Alter ab 60 Jahre, (ii) pflegebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuchs, das heißt die Person hat einen Pflegegrad und (iii) wird häuslich versorgt, wohnt also nicht z. B. in einem Alten- oder Pflegeheim. Die Stichprobe wurde nach Kombinationen von Alter, Geschlecht und formaler Bildung pflegender Angehöriger im Alter von 40 bis 85 Jahren nachgewichtet, um sie dem Ideal einer Repräsentativstichprobe für diese Gruppe so weit wie möglich anzunähern. Grundlage der Nachgewichtung waren die Ergebnisse des Sozioökonomischen Panels (SOEP) aus dem Erhebungsjahr 2019 (Liebig et al. 2022).

Die von den Befragten unterstützten pflegebedürftigen Menschen sind zu rund zwei Dritteln weiblich und leben am häufigsten (48,8 %) allein (siehe Tab. 16.1). Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der allein

Lebenden von gut einem Drittel (34,9 %) bei den 60- bis 69-Jährigen auf über die Hälfte in der Gruppe 80 Jahre und älter. Ebenso steigt unter den in der eigenen Häuslichkeit lebenden pflegebedürftigen Personen mit zunehmendem Alter der Anteil an Menschen mit Demenz: Während der Anteil unter den 60- bis 69-Jährigen bei 10,9 % liegt, wächst er auf 24,9 % in der Gruppe 80 Jahre und älter an.

Nach Angaben der Befragten verlässt rund die Hälfte der pflegebedürftigen Personen die Wohnung häufiger als einmal pro Woche: 17,0 % täglich und 32,0 % mehrmals pro Woche. Entsprechend verlässt gut die Hälfte der pflegebedürftigen Personen (50,9 %) die Wohnung einmal pro Woche oder seltener. Bei pflegebedürftigen Personen mit Demenz liegt dieser Anteil mit 53,1 % etwas höher und steigt mit zunehmendem Pflegegrad auf über drei Viertel (76,2 %) für Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, wobei in dieser Gruppe beinahe die Hälfte (44,9 %) die Wohnung nie verlässt. Ein knappes Viertel (23,0 %) der Be-



■ **Abb. 16.1** Inwieweit ermöglichen folgende Räumlichkeiten im Haus bzw. in der Wohnung der pflegebedürftigen Person eine sichere Nutzung? (n = 1.005; Frage zu Trepp-

penhaus n = 408). (Quelle: ZQP-Befragung zu „Wohnen mit Pflegebedürftigkeit“)

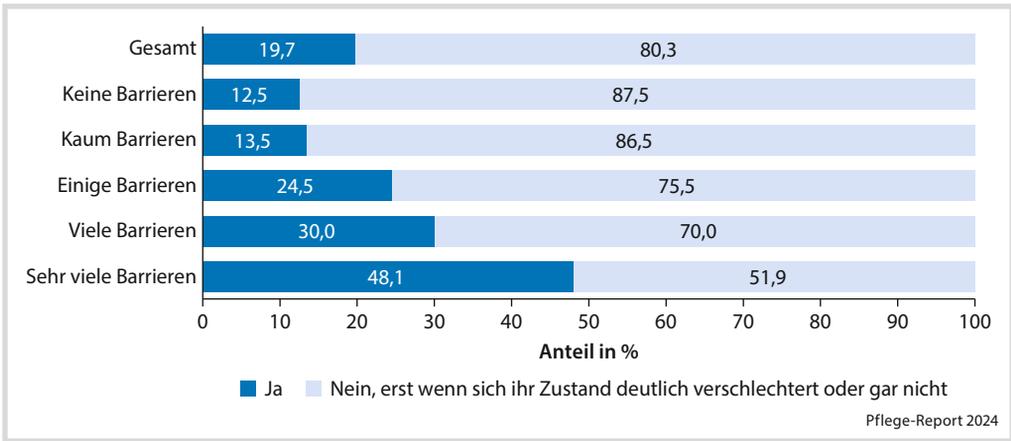
fragten ist der Meinung, die Wohnung der pflegebedürftigen Person sei „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ geeignet, um am sozialen Leben teilzunehmen, also beispielsweise, um Freunde zu treffen, Besuch zu erhalten oder Veranstaltungen zu besuchen. Die Wohnsituation der pflegebedürftigen Person insgesamt wird von etwas weniger als einem Sechstel der Befragten (16,3 %) als „sehr schlecht“ oder „eher schlecht“ beurteilt. Hier zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang mit der Einschätzung, wie gut die Wohnung der pflegebedürftigen Person im Sommer gegen Hitze geschützt ist. Unter den 17,2 % der Befragten, welche die Wohnung für „sehr schlecht/eher schlecht“ gegen Hitze geschützt halten, beurteilen 38,0 % die Wohnsituation als „sehr schlecht/eher schlecht“ ( $\chi^2(2) = 71,6$ ,  $p < 0,001$ ,  $\phi = 0,27$ ).

Die Angehörigen wurden auch gefragt, inwieweit eine sichere Nutzung der Räumlichkeiten für die pflegebedürftige Person ihrer Ansicht nach möglich sei. Wenn die Wohnung nicht im Erdgeschoss liegt, halten über zwei Fünftel (42,6 %) die sichere Nutzung des Treppenhauses für „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ möglich (siehe ■ Abb. 16.1). Knapp

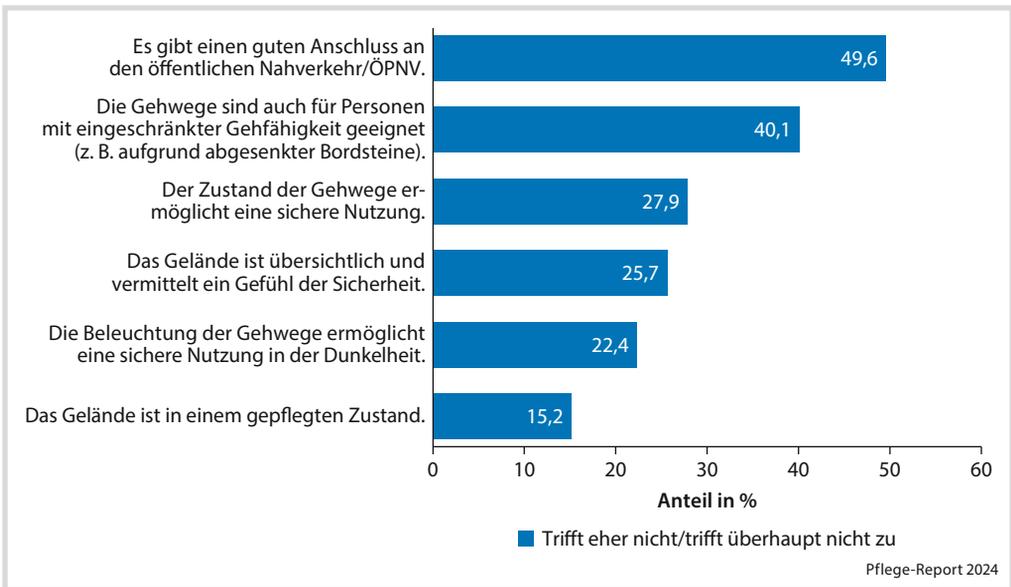
zwei Fünftel sagen dies in Bezug auf die Nutzung von Badezimmer und WC und über ein Viertel in Bezug auf die Nutzung der Küche.

Insgesamt äußern 65,0 % der Befragten die Ansicht, dass mindestens einer der abgefragten zum Wohnraum zählenden Bereiche überhaupt nicht (24,5 %) oder eher nicht (40,6 %) sicher nutzbar sei.

In der Gesamtsicht auf die Wohnung der pflegebedürftigen Person ist beinahe jeder siebte Befragte (13,4 %) der Meinung, diese Weise „viele“ (9,5 %) oder „sehr viele“ (3,9 %) Barrieren auf, weitere 32,8 % nennen „einige“ Barrieren. ■ Abb. 16.2 zeigt, wie die Einschätzung, ob die pflegebedürftige Person aus der bisherigen Wohnung bzw. dem Haus ausziehen muss, sobald sich ihr Zustand etwas verschlechtert, signifikant mit der Menge an wahrgenommenen Barrieren variiert. Während insgesamt zwei Fünftel (19,7 %) der Befragten meinen, ein Wohnungswechsel würde bei Verschlechterung des Zustands notwendig, wird dies bei Wohnungen ohne Barrieren von 12,5 % gesagt, und dieser Anteil steigt kontinuierlich auf beinahe die Hälfte (48,1 %) für Wohnungen mit sehr vielen Barrieren ( $\chi^2(4) = 41,2$ ,  $p < 0,001$ ,  $\phi = 0,21$ ).



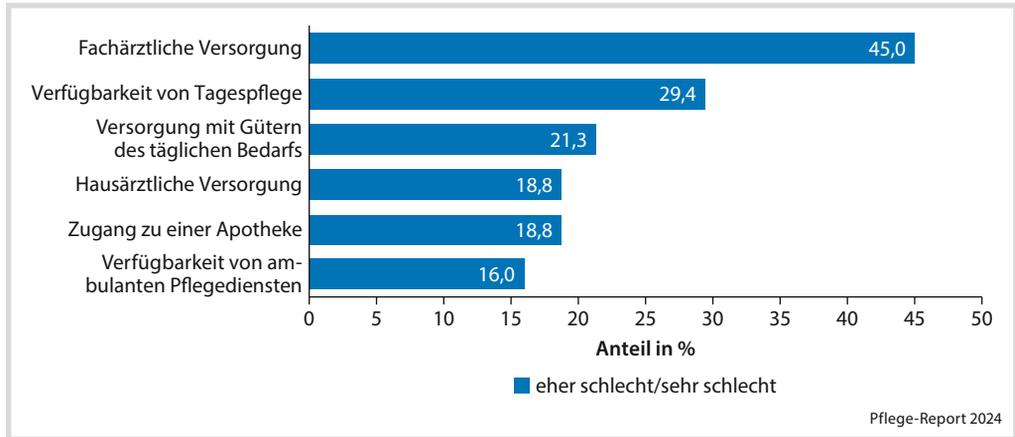
**Abb. 16.2** Wie schätzen Sie das ein: Muss die pflegebedürftige Person aus dem Haus bzw. der Wohnung ausziehen, sobald sich ihr Zustand etwas verschlechtert? Differenziert nach Menge an Barrieren (n=972). (Quelle: ZQP-Befragung zu „Wohnen mit Pflegebedürftigkeit“)



**Abb. 16.3** Geben Sie bitte an, inwieweit die jeweilige Aussage auf das Wohnumfeld zutrifft. (n=1.005). (Quelle: ZQP-Befragung zu „Wohnen mit Pflegebedürftigkeit“)

Die pflegenden Angehörigen wurden auch zur Beschaffenheit des Wohnumfelds befragt. Dies umfasst den direkt an die Wohnung anschließenden, in Sichtweite oder Fußwegnähe liegenden Bereich (Kemper und Schöffel 2014), also weitgehend den Aktionsraum der pflegebedürftigen Person im direkten Umfeld

des eigentlichen Wohnraums. Demnach meint knapp die Hälfte (49,6%), eine gute Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr sei „überhaupt nicht/eher nicht“ gegeben (siehe **Abb. 16.3**). Dass die Gehwege für Personen mit eingeschränkter Gehfähigkeit im Umfeld des Wohnraums gut geeignet wären,



■ **Abb. 16.4** Bitte geben Sie jeweils [für den jeweiligen Aspekt des Wohnumfelds] an, wie gut die Versorgungssituation für die pflegebedürftige Person ist. (n = 1.005). (Quelle: ZQP-Befragung zu „Wohnen mit Pflegebedürftigkeit“)

halten zwei Fünftel (40,1 %) der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer für „überhaupt nicht/eher nicht“ zutreffend. Mehr als ein Viertel (27,9 %) mag die Aussage nicht bestätigen, dass die Gehwege dort insgesamt sicher nutzbar wären. Ebenfalls ein gutes Viertel (25,7 %) ist zudem „überhaupt nicht“ oder „eher nicht“ der Ansicht, das Gelände sei übersichtlich und vermittele ein Gefühl der Sicherheit.

Für alle oben in ■ Abb. 16.3 genannten Aspekte berichten die Befragten, die Defizite im Wohnumfeld sehen, häufiger, dass die pflegebedürftige Person die Wohnung mit einer geringen Frequenz verlasse. So sagen 47,1 % in der Gruppe der Befragten, die der Meinung sind, das Gelände sei übersichtlich, die pflegebedürftige Person verlasse die Wohnung einmal pro Woche oder seltener. In der Gruppe der Befragten, die Mängel in der Übersichtlichkeit des Geländes sehen, liegt dieser Anteil mit 61,8 % signifikant höher ( $\chi^2(1) = 16,3$ ,  $p < 0,001$ ,  $\phi = 0,13$ ). Ebenfalls signifikant sind diese Unterschiede in der Eignung der Fußwege für in der Gehfähigkeit eingeschränkte Personen und im Anschluss an den öffentlichen Nahverkehr. Werden alle sechs in ■ Abb. 16.3 aufgeführten Merkmale zusammen betrachtet, so beurteilen 43,5 % der Befragten mindestens zwei dieser Merkmale als ungünstig.

Zur Versorgungssituation im Wohnumfeld der pflegebedürftigen Personen befragt, beurteilt ein gutes Fünftel (21,3 %) die „Versorgungssituation mit Gütern des täglichen Bedarfs“ für die pflegebedürftige Person als „sehr/eher schlecht“ (siehe ■ Abb. 16.4). In Bezug auf die „Verfügbarkeit von ambulanten Pflegediensten“ sagen dies 16,0 %, weitere 29,4 % hinsichtlich der Tagespflege sowie jeweils 18,8 % bezüglich des Zugangs zu Hausarztpraxen und Apotheken. Am kritischsten wird der Zugang zu Facharztpraxen vor Ort eingeschätzt: Hier beurteilen 45,0 % die entsprechende Situation als „sehr/eher schlecht“.

In der zusammengefassten Betrachtung der sechs in ■ Abb. 16.4 genannten Versorgungsbereiche stufen 39,1 % der Befragten mindestens zwei der Versorgungsbereiche als negativ bzw. „sehr/eher schlecht“ ein. Diese Einschätzung hängt auch signifikant mit der allgemeinen Bewertung der Wohnsituation zusammen: Während in der Gruppe mit weniger als zwei wahrgenommenen Mängeln 10,2 % sagen, die Wohnsituation sei „sehr/eher schlecht“, liegt dieser Anteil in der Gruppe mit zwei oder mehr konstatierten Mängeln bei 26,2 % ( $\chi^2(3) = 48,7$ ,  $p < 0,001$ ,  $\phi = 0,22$ ).

Inwieweit die Einschätzung, ob die Wohnung der pflegebedürftigen Person geeignet

**Tab. 16.2** Logistische Regression mit Eignung der Wohnung zur Teilnahme am sozialen Leben als abhängiger Variable. (Quelle: ZQP-Befragung zu „Wohnen mit Pflegebedürftigkeit“)

	OR	95%-KI	p
(Regressionskonstante)	0,487	0,259–0,918	0,026
<i>Charakteristika der pflegebedürftigen Person</i>			
Alter der pflegebedürftigen Person (Jahre; Referenz ab 80 J.)			
60 bis 69	0,822	0,459–1,474	0,511
70 bis 79	0,816	0,546–1,219	0,321
Pflegegrad (Referenz Pflegegrad 4/5)			
Pflegegrad 1	1,646	0,885–3,062	0,115
Pflegegrad 2	1,601	0,969–2,644	0,066
Pflegegrad 3	1,512	0,907–2,523	0,113
Demenz (ja = 0)	0,781	0,514–1,186	0,245
Wohnt allein (ja = 0)	1,244	0,875–1,769	0,224
<i>Charakteristika der Wohnung und des Wohnumfelds</i>			
<b>Barrieren in der Wohnung (sehr viele/viele = 0)</b>	<b>2,329</b>	<b>1,875–2,280</b>	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Ungünstige Aspekte im Wohnumfeld (zwei oder mehr = 0)</b>	<b>1,642</b>	<b>1,183–2,280</b>	<b>0,003</b>
<b>Ungünstige Aspekte in der Versorgungssituation (zwei oder mehr = 0)</b>	<b>1,806</b>	<b>1,301–2,506</b>	<b>&lt; 0,001</b>
N = 971, McKelvey & Zavoina's $R^2 = 0,176$ , fett-geschriebene Variablen/Zahlen sind signifikant OR = „Odds Ratio“, 95 %-KI = 95 %-Konfidenzintervall Pflege-Report 2024			

sei, am sozialen Leben teilzunehmen, von bestimmten Charakteristika der pflegebedürftigen Person, der Wohnung selbst oder des Wohnumfelds abhängig ist, wurde im Rahmen eines binär logistischen Regressionsmodells untersucht (siehe [Tab. 16.2](#)). Hier zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang mit den drei auf die Wohnungsbeschaffenheit (Menge an Barrieren) und das Wohnumfeld (Beschaffenheit des Wohnumfelds und die Versorgungssituation) bezogenen unabhängigen Variablen. Für die unabhängigen Variablen, die Charakteristika der pflegebedürftigen Person beschreiben, wie Alter, Pflegegrad, Vorliegen einer Demenz oder ob diese allein wohnt, zeigt sich hingegen kein signifikanter Zusammenhang.

## 16.3 Fazit

Auf ein erhebliches Potenzial zur Barriere-reduktion weist der in dieser Studie ermittelte geringe Anteil von 13,7 % an barrierefreien Wohnungen, der sich weitgehend mit der offiziellen Statistik (Statistisches Bundesamt 2024) deckt. Damit verbunden ist die Erwartung, die Sicherheit der pflegebedürftigen Person im häuslichen Umfeld zu erhöhen, beispielsweise durch eine Verringerung des Verletzungsrisikos durch Stürze, das für ältere Menschen im Bereich Bad und WC deutlich erhöht ist im Vergleich zu anderen Bereichen der Wohnung (Stevens et al. 2014). Für Bad und WC sehen auch in der vorliegenden Studie annähernd zwei Fünftel der Befragten keine sichere Nutzung gegeben; weitere Problembe-

reiche sind Treppenhaus und Küche. Zugleich können Barrieren dazu beitragen, dass auch Pflegende sich bei ihren Handlungen wie z. B. bei der Unterstützung der Körperpflege oder der Mobilisierung nicht richtig positionieren oder im erforderlichen Umfang bewegen können. Dies kann Unfälle sowie Verletzungen zur Folge haben und dabei auch die Pflegesicherheit gefährden (Hignett et al. 2016).

Die Ergebnisse der Befragung deuten darauf hin, dass pflegende Angehörige Barrieren in der Wohnung als einen bedeutsamen Faktor ansehen, ob die pflegebedürftige Person im Zeitverlauf beziehungsweise bei einer Verschärfung der Pflegebedürftigkeit in der gewohnten Umgebung verbleiben kann. Bestehende Barrieren zu verringern, um den längeren Verbleib im häuslichen Umfeld zu ermöglichen, ist ein entsprechend relevantes Thema. Für pflegebedürftige Personen besteht bereits die Möglichkeit, einen Zuschuss für sogenannte das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen nach § 40 Absatz 4 SGB XI durch die Pflegekasse zu erhalten. Von dieser Möglichkeit wurde mit Erhöhung der maximalen Leistungshöhe im Jahr 2015 in steigendem Umfang Gebrauch gemacht (Rothgang und Müller 2021), in den Jahren danach verläuft der Anstieg annähernd proportional zum Anstieg pflegebedürftiger Personen (Statistisches Bundesamt 2022). Auf Handlungsbedarf deutet auch die hohe Nachfrage nach Investitionszuschüssen für Barrierereduzierungen in bestehenden Wohngebäuden (KfW 455-B, Programm Altersgerecht Umbauen), die zu einer Verdopplung des für 2024 bereitgestellten Fördervolumens auf 150 Mio. € geführt hat (BMWSB 2024).

Keine gesicherten Erkenntnisse liegen indes vor, wie häufig pflegebedürftige Personen beziehungsweise deren Angehörige sich gegen solche gegebenenfalls empfohlenen Maßnahmen entscheiden. So könnten unter anderem der Steuerungsaufwand von Umbaumaßnahmen oder die Verfügbarkeit von Handwerkern sowie insbesondere auch die voraussichtlichen Gesamtkosten entsprechender Projekte hemmend wirken. In letztere Richtung deutet zum

Beispiel eine Untersuchung der Wohnbedingungen von Menschen mit eingeschränkter Mobilität ab 65 Jahre in Deutschland, die einen Zusammenhang zwischen der Nutzung von barriere reduziertem Wohnen und der Einkommenssituation der Bewohnenden nahelegt (Nowossadeck et al. 2023).

Die Gesundheit und Versorgung älterer Menschen einerseits sowie die Bedingungen des Wohnraums und der Wohnumgebung andererseits stehen in einem wechselseitigen Zusammenhang (Fuchs et al. 2022). Ein barrierearmes Wohnumfeld kann den Erhalt der Mobilität fördern, die wiederum bedeutsam für Selbstbestimmung und Gesundheit ist (Simonsick et al. 2005). Die Ergebnisse der Studie weisen in diesem Kontext einen deutlichen statistischen Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung verschiedener Aspekte des Wohnumfelds, wie Übersichtlichkeit des Geländes oder Eignung der Gehwege für in der Gehfähigkeit eingeschränkte Personen, und der Häufigkeit auf, mit der die pflegebedürftige Person eigenständig die Wohnung verlässt. Wenn die Umgebung der Wohnung also wenig sicherheitsförderlich erscheint oder ist, könnte das einen negativen Einfluss auf körperliche Betätigung – und damit auf die oben angedeuteten Risiken – sowie auf soziale Teilhabe haben. Auch letzteres wäre in gewissem Sinne ein Antipräventionsfaktor. Denn geminderte soziale Teilhabe weist einen signifikanten Zusammenhang mit erhöhter Mortalität auf (Holt-Lunstad et al. 2015) und kann unter anderem auch die Entstehung depressiver Symptomatiken fördern, die bei älteren Menschen vergleichsweise häufig auftreten (Depping et al. 2023). Geminderte soziale Teilhabe steht zudem in Verbindung mit kleinen persönlichen Netzwerken und der Gefahr, sozial isoliert zu werden, was – ebenso wie Depression – zu den Risikofaktoren für Einsamkeit gezählt wird (Tcymbal et al. 2022; WHO 2021).

Darüber hinaus bieten die Ergebnisse in Bezug auf wohnortnahe gesundheitliche Versorgung und zur Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs (zum Beispiel Lebensmittel und Drogerieartikel) Anhaltspunkte für ei-

ne diesbezüglich zum Teil schwierige infrastrukturelle Situation im Wohnumfeld pflegebedürftiger Menschen. Gerade die Bedeutung von haus- und fachärztlicher Versorgung für die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer pflegebedürftiger Menschen ist offenkundig (Rothgang 2017). Ebenso bedarf es in diesem Zusammenhang einer guten Verfügbarkeit von zum Beispiel Tagespflegeangeboten und ambulanten Pflegediensten – auch um pflegende Angehörige zu entlasten (Schneekloth et al. 2017).

Die Ergebnisse der hier vorgelegten Studie unterstreichen damit, dass die Einschätzung der Angehörigen, ob eine Wohnung für pflegebedürftige Menschen geeignet ist, am sozialen Leben teilzunehmen, stark zusammenhängt mit der Wahrnehmung des Barrierestatus des Wohnraums sowie der Wahrnehmung von strukturellen Aspekten des Wohnumfelds.

Jenseits der hier diskutierten Aspekte wird zum Teil Potenzial zur Steigerung der Sicherheit in der Pflege, zur Stärkung der sozialen Teilhabe der pflegebedürftigen Person sowie zur Entlastung der an der Unterstützung und Pflege Beteiligten, also im Wesentlichen Angehörige und ambulante Pflege, durch einen Einsatz technischer Unterstützungssysteme im häuslichen Umfeld gesehen (Eggert und Teubner 2023; Ehlers et al. 2020).

## Literatur

- Becker C, Herrmann A, Haefeli WE, Rapp K, Lindemann U (2019) Neue Wege zur Prävention gesundheitlicher Risiken und der Übersterblichkeit von älteren Menschen bei extremer Hitze. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 62(5):565–570
- Blättner B, Janson D, Roth A, Grewe HA, Mücke H-G (2020) Gesundheitsschutz bei Hitzeextremen in Deutschland: Was wird in Ländern und Kommunen bisher unternommen? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 63(8):1013–1019
- BMWSB (2024) Förderprogramme des Bundesbauministeriums starten wieder. Pressemitteilung vom 19.02.2024. <https://www.bmwsb.bund.de/SharedDocs/pressemitteilungen/Webs/BMWSB/DE/2024/02/Foerderprogramme.html>. Zugegriffen: 4. Juli 2024
- Cigolle CT, Ha J, Min LC, Lee PG, Gure TR, Alexander NB, Blaum CS (2015) The epidemiologic data on falls, 1998–2010: more older americans report falling. *JAMA Intern Med* 175(3):443–445
- Depping MS, Köhler-Ipek L, Ulrich P, Hauer K, Wolff RC (2023) Depression im Alter und Frailty – epidemiologische, klinische und neurobiologische Zusammenhänge. *Nervenarzt* 94:234–239
- Eggert S, Teubner C (2023) Wohnen mit Pflegebedürftigkeit: Befragung pflegender Angehöriger. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin
- Eggert S, Haeger M, Sulmann D, Teubner C (2024) Hitzeschutz in der ambulanten Pflege – eine deutschlandweite Befragung in Pflegediensten. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin
- Ehlers A, Heß M, Frewer-Graumann S, Olbermann E, Stiemke P (2020) Digitale Teilhabe und (digitale) Exklusion im Alter. In: Hagen C, Endter C, Berner F (Hrsg) *Expertisen zum Achten Altersbericht der Bundesregierung*. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
- Farias JC, Brimblecombe N, Hu B (2023) Early onset of care needs in the older population: the protective role of housing conditions. *Health Place* 81:103007
- Fuchs J, Nowossadeck S, Nowossadeck E (2022) Wohnen und Gesundheit im Alter aus epidemiologischer Sicht. In: Teti A, Nowossadeck E, Fuchs J, Künemund H (Hrsg) *Wohnen und Gesundheit im Alter*. Veichtaer Beiträge zur Gerontologie. Springer VS, Wiesbaden, S 31–53
- Gambaro E, Gramaglia C, Azzolina D, Campani D, Dal Molin A, Zeppego P (2022) The complex associations between late life depression, fear of falling and risk of falls: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 73(1):101532
- Herrmann A, Haefeli WE, Lindemann U, Rapp K, Roigk P, Becker C (2019) Epidemiologie und Prävention hitzebedingter Gesundheitsschäden älterer Menschen. *Z Gerontol Geriat* 52(5):487–502
- Hignett S, Otter EM, Keen C (2016) Safety risks associated with physical interactions between patients and caregivers during treatment and care delivery in home care settings: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 59:1–14
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D (2015) Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci* 10(2):227237
- Kemper R, Schöffel J (2014) Die Bedeutung des Wohnumfelds für die Bau- und Immobilienwirtschaft. In: Schnur O, Drilling M, Niermann O (Hrsg) *Zwischen Lebenswelt und Renditeobjekt: Quartiere als Wohn- und Investitionsorte*. Springer VS, Wiesbaden, S 203–218

- Letts L, Moreland J, Richardson J, Coman L, Edwards M, Ginis KM, Wishart L (2010) The physical environment as a fall risk factor in older adults: Systematic review and meta-analysis of cross-sectional and cohort studies. *Aus Occup Therapy J* 57(1):51–64
- Liebig S, Goebel J, Grabka M, Schröder C, Zinn S, Bartels, Zimmermann S (2022) Socio-Economic Panel, data from 1984–2020 (SOEP-Core, v37, Onsite Edition)
- Makino K, Makizako H, Doi T, Tsutsumimoto K, Hotta R, Nakakubo S, Shimada H (2018) Impact of fear of falling and fall history on disability incidence among older adults: Prospective cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry* 33(4):658–662
- Moreland B, Kakara R, Henry A (2020) Trends in nonfatal falls and fall-related injuries among adults aged  $\geq 65$  years – United States, 2012–2018. *Morb Mortal Wkly Rep* 69(27):875–881
- Nowossadeck S, Gordo RL, Alcántara LA (2023) Mobility restriction and barrier-reduced housing among people aged 65 or older in Germany: Do those who need it live in barrier-reduced residences? *Front Public Health* 11:1098005
- Pin S, Spini D (2016) Impact of falling on social participation and social support trajectories in a middle-aged and elderly European sample. *SSM Popul Health* 2:382–389
- Rapp K, Freiberger E, Todd C, Klenk J, Becker C, Denking M, Fuchs J (2014) Fall incidence in Germany: results of two population-based studies, and comparison of retrospective and prospective falls data collection methods. *BMC Geriatr* 14:105
- Rothgang H (2017) Sicherung und Koordination der (zahn)ärztlichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. In: Jacobs K, Kuhlmeiy A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2017: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Schattauer, Stuttgart, S 95–105
- Rothgang H, Müller R (2021) *BARMER Pflegereport 2021: Wirkungen der Pflegereform und Zukunftstrends*. Barmer, Berlin
- Schneekloth U, Rothgang H, Geiss S, Pupeter M (2017) Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I). [Abschlussbericht]. TNS Infratest Sozialforschung, München
- Simonsick EM, Guralnik JM, Volpato S, Balfour J, Fried LP (2005) Just get out the door! Importance of walking outside the home for maintaining mobility: Findings from the women’s health and aging study. *J Am Geriatr Soc* 53(2):198–203
- Statistisches Bundesamt (2022) *Pflegestatistik 2021: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse*. Destatis, Wiesbaden. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001219005.xlsx?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001219005.xlsx?__blob=publicationFile). Zugegriffen: 4. Juli 2024
- Statistisches Bundesamt (2024) *Wohnen – Barrierereduktion der Wohnung: Ergebnisse des Mikrozensus – Hauptwohnsitzhaushalte*. Stand: 19.02.2024. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Wohnen/Tabellen/tabelle-wo11-barrierer-wohnung.html>. Zugegriffen: 4. Juli 2024
- Stevens JA, Mahoney JE, Ehrenreich H (2014) Circumstances and outcomes of falls among high risk community-dwelling older adults. *Inj Epidemiol* 1:5
- Tcymbal A, Abu-Omar K, Hartung V, Bußkamp A, Comito C, Rossmann C, Meininger D, Reimers AK (2022) Interventions simultaneously promoting social participation and physical activity in community living older adults: a systematic review. *Front Public Health* 10:1048496
- WHO – World Health Organization (2021) *Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief*. World Health Organization, Geneva

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# Pflegegeld und privat organisierte Pflegearrangements

*Andreas Büscher und Thomas Klie*

## Inhaltsverzeichnis

- 17.1 Einleitung – 236
- 17.2 Pflegegeld in der nationalen und internationalen  
Literatur – 237
- 17.3 Empirische Befunde zur Nutzung und Inanspruchnahme  
des Pflegegeldes in Deutschland – 240
- 17.4 Abschlussbemerkungen – 249  
  
Literatur – 251

## ■ ■ Zusammenfassung

*Obwohl das Pflegegeld empirisch die dominante Leistungsform der deutschen Pflegeversicherung ist, ist die Forschungslage zur Verwendung, zu den Wirkungen und Nutzung des Pflegegeldes bislang wenig belastbar. Das gilt auch für die Wirklichkeit selbstorganisierter häuslicher Pflegearrangements. In diesem Beitrag werden auf der Basis einer nationalen und internationalen Literaturrecherche, der Auswertung aktueller empirischer Befunde zu den Einstellungen der Bevölkerung, den Erfahrungen der Nutzerinnen und Nutzer und der dem Pflegegeld beigemessenen Bedeutung verfügbare Forschungen und Daten ausgewertet und aufbereitet. Darüber hinaus konnte durch eine GKV- und SPV-Routinedatenauswertung des WIdO ein vergleichsweise tiefenscharfes Bild über die leistungsrechtlichen Kontexte der Nutzung des Pflegegeldes, aber auch über die Einbeziehung ambulanter Dienste in häusliche Pflegearrangements gezeichnet werden. Der Beitrag mündet in der Identifizierung von Forschungsdesideraten einerseits und politischem Handlungsbedarf andererseits.*

*Although the care allowance is empirically the dominant form of benefit in German long-term care insurance, the research situation on the use, effects and utilisation of the care allowance is not yet very robust. This also applies to the reality of self-organised home care arrangements. The authors of this article have evaluated and processed available research and data on the basis of a national and international literature review, the evaluation of current empirical findings on the attitudes of the population, the experiences of users and the importance attached to the care allowance. In addition, an evaluation of routine data of statutory health and long-term care insurance by the AOK Research Institute (WIdO) provided a comparatively detailed picture of the legal contexts of the use of care allowance, but also of the inclusion of outpatient services in home care arrangements. The article concludes with the identification of research desiderata on the one*

*hand and the need for political action on the other.*

## 17.1 Einleitung

Die überwiegende Zahl auf Pflege angewiesener Menschen wird in der eigenen Häuslichkeit versorgt. Präferenzen, Empirie und Inanspruchnahmeverhalten Pflegebedürftiger stimmen mit dem normativen Vorrang der deutschen Pflegeversicherung überein. Sie gibt der häuslichen Versorgung auf Pflege angewiesener Menschen den Vorrang vor stationären Pflegearrangements. Sie baut dabei auf die Solidaritätsbereitschaft der An- und Zugehörigen. Pflegebedürftige Menschen haben die Wahl zwischen cash and care, zwischen Geld- und Sachleistungen. Sie können anstelle von durch ambulante Pflegedienste erbrachten Sachleistungen auch Pflegegeld in Anspruch nehmen oder beide als Kombileistung miteinander verbinden. Seit Einführung der Pflegeversicherung spielt, entgegen manchen sozialpolitischen Erwartungen, das Pflegegeld die dominante Rolle im Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten – mit zunehmender Tendenz. Der Anteil, der Pflegegeld in Anspruch nimmt, liegt auf konstant hohem Niveau und bildet nach wie vor die größte Gruppe der Leistungsempfänger (Statistisches Bundesamt 2022).

Systematische Studien über die Verwendung des Pflegegeldes liegen bislang nicht vor. Um die weitere pflegepolitische Debatte um das Pflegegeld zu qualifizieren, hat die Arbeitsgruppe Pflegereform der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) und dort federführend das Land Baden-Württemberg eine erste, explorativ angelegte Studie zur Wirkweise des Pflegegeldes in Auftrag gegeben, die die Autoren dieses Beitrags gemeinsam mit dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) durchgeführt haben. Sie umfasst eine Recherche nationaler und internationaler Literatur zum Pflegegeld, die Analyse pflegegeldbezogener Aspekte aus der VdK-Pflegestudie (Büscher et al. 2023) und dem DAK-Pflegereport 2022 (Klie 2022) sowie die Durchführung

eigener Analysen zu häuslichen Pflegearrangements durch das WiDO (Tsiasioti et al. 2024).

## 17.2 Pflegegeld in der nationalen und internationalen Literatur

Um einen Überblick über die wissenschaftliche Befassung in Deutschland mit dem Thema Pflegegeld, aber auch dem Pflegegeld verwandten Leistungsformen zu gewinnen, wurde eine Literaturrecherche unter Nutzung der Datenbanken GeroLit, Solit und PubMed durchgeführt.

Die Auseinandersetzung mit dem Pflegegeld erfolgte in den ersten Jahren der Pflegeversicherung vor allem unter sozialrechtlichen Gesichtspunkten. So beleuchtet Schütte (2007) die u. a. auch verfassungsrechtlichen Fragen, die sich mit dem Pflegegeld verbinden lassen. Dabei wird das Verhältnis zu anderen Sozialleistungen, die Anrechnung des Pflegegeldes auf das Einkommen und seine steuerrechtliche Betrachtung analysiert. Dies geschieht auch in der recht umfangreichen Kommentarliteratur zum SGB XI, aber auch zum SGB XII (Hauck und Noftz 2021). Die Abgrenzung zu Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII ist ebenso Thema wie die zu anderen Sozialleistungen, etwa der hauswirtschaftlichen Versorgung. Das Pflegegeld ist von seiner Ausrichtung zwischen Nachteilsausgleich und unspezifischer Gratifikationsleistung für Pflegebedürftige konzipiert. Durch seine Anknüpfung an den Grad der Pflegebedürftigkeit reflektiert es einen unterstellten Aufwand im Zusammenhang mit der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit je nach Pflegegrad. Die Verwendung ist allerdings frei und nicht gekoppelt an einen mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen Unterstützungsbedarf. Die Verwendung des Pflegegeldes weist beide Logiken auf: Wird es angespart, für die allgemeine Haushaltsführung genutzt oder als Gratifikation für pflegende Angehörige, weist es keinen Bezug zur Intensität des Unterstützungsbedarfes auf; wird es eingesetzt, um selbständig Unterstützungsleistungen einzukaufen oder dient es der

Kompensation von Einkommensverlusten und Einbußen der Pflegeperson, ist der Bezug zur Unterstützungsintensität durchaus gegeben.

Auch die Debatte um die Flexibilisierung der Leistungen der Pflegeversicherung berührt das Pflegegeld. Im Modellprojekt Persönliches Pflegebudget wurde das in der Eingliederungshilfe schon länger bekannte Modell personenbezogener, trägerübergreifender Budgets erprobt – im Ergebnis erfolgreich (vgl. Klie und Spermann 2004). Das Verhältnis des Pflegebudgets zum Pflegegeld wurde breit diskutiert. Während das Pflegegeld keinen Nachweis erfordert, ist beim Persönlichen Pflegebudget eine Nachweispflicht und die Einbettung in eine Zielvereinbarung wie in den Persönlichen Budgets gemäß § 29 SGB IX verpflichtend vorgesehen – mit Flankierung durch ein Case Management. Trotz entsprechendem Entschließungsantrag im Deutschen Bundestag wurde das Persönliche Pflegebudget entgegen seiner erfolgreichen Erprobung nicht weiterverfolgt. Die Budgetvariante weist eine Nähe zu bestimmten Verwendungsformen des Pflegegeldes auf: dort nämlich, wo selbstbeschaffte Pflege- und Assistenzkräfte zum Einsatz kommen, die nicht zu den zugelassenen Pflegediensten gemäß § 71 SGB XI gehören.

Eine gänzlich anders ausgerichtete Debatte über das Pflegegeld findet unter dem Gesichtspunkt von Gendergerechtigkeit, informeller Arbeit und Erwerbsbeteiligung von Frauen statt (Haubner 2017). Hier wird das Pflegegeld als Unterstützung klassischer Frauenrollen interpretiert und in den Zusammenhang von modernen Ausbeutungsverhältnissen gestellt, wenn es als Anreiz zur Übernahme von Care-Aufgaben in prekären Lebenslagen fungiert respektive moralökonomische Kalküle unterstützt und osteuropäische Haushaltshilfen in prekäre Beschäftigungsverhältnisse führt.

Insgesamt lässt sich bilanzieren, dass in Deutschland das Pflegegeld Berücksichtigung in der wissenschaftlichen Literatur findet – allerdings eher auf juristischer und grundsätzlicher politischer und konzeptioneller Ebene. Studien zur Wirkung und Verwendung des Pflegegeldes liegen bislang nicht vor.

Die internationale Diskussion zu Geldleistungen (englisch: cash benefits, care allowances, cash-for-care schemes, direct payment, budget o. ä.) wurde durch eine Recherche im März 2023 in den Datenbanken Medline via PubMed, Cochrane Library und Epistemonikos analysiert. Die Suche wurde auf einen Zeitraum von 15 Jahren (beginnend mit 2008) begrenzt.

Auch die internationale Diskussion um Geldleistungen befasst sich weniger mit der konkreten Verwendung dieser Leistungen, sondern ist im Schwerpunkt auf die damit verknüpften politischen Steuerungs- und Gestaltungsabsichten sowie die Auswirkungen entsprechender Regelungen ausgerichtet. Diskutiert werden die Fragen,

- welche Steuerungsabsicht mit einem Pflegegeld verbunden ist,
- wer tatsächlich das Geld in Anspruch nehmen kann,
- ob und falls ja, welche Einschränkungen bei der Verwendung des Geldes bestehen,
- welche Kriterien erfüllt sein müssen, um das Geld zu erhalten,
- welche Begleitstrukturen zur Verfügung stehen, um bei der Nutzung des Geldes unterstützt zu werden und
- in welcher Höhe Geldbeträge für die Pflege bewilligt werden.

Nach Da Roit und Le Bihan (2010) sind die Regelungen zur Berechtigung für finanzielle Unterstützungsleistungen und die Höhe der Leistungen sehr heterogen. Sie können sich beziehen auf:

- die Anzahl an Stunden, die für die Pflege aufgewandt werden,
- den Umstand, ob jemand weiterhin einer Beschäftigung nachgeht oder nicht,
- die Intensität und Schwere der Pflegebedürftigkeit,
- finanzielle Bedarfsprüfungen, durch die sichergestellt wird, dass nur Menschen mit einem geringeren Einkommen entsprechende Leistungen erhalten sowie
- die Höhe der gezahlten Unterstützungsleistungen, die sehr unterschiedlich ist und

zum Teil auch innerhalb einzelner Länder regional variieren kann, z. B. in Frankreich (Arrighi et al. 2015).

Eine eindeutig auf die Unterstützung von An- und Zugehörigen ausgerichtete Perspektive nimmt die Untersuchung von Miller et al. (2022) aus den USA ein, in der eine Analyse von Unterstützungsleistungen für pflegende An- und Zugehörige in den unterschiedlichen Staaten der USA vorgenommen wird. Grundlage der Untersuchung waren öffentlich zugängliche Zahlen, nach denen in den USA 2020 etwa 26 Mio. Menschen unbezahlt ein Familienmitglied oder jemanden aus dem Freundeskreis versorgt haben. Im Durchschnitt wurden 2019 20,4h Unterstützung pro Woche geleistet. Eine Schätzung aus dem Jahr 2017 geht davon aus, dass Angehörige Pflege- und Unterstützungsleistungen in der Langzeitversorgung im Wert von 470 Mrd. US-Dollar geleistet haben. Im Vergleich dazu wurde der Wert der Leistungen durch professionelle Dienste auf 124 Mrd. US-Dollar geschätzt. Nach Angaben des Departments of Veterans Affairs variieren die Geldleistungsbeträge zwischen 600 und 2.300 US-Dollar im Monat.

Eine diskutierte Frage ist die Bedeutung der Familie für die häusliche Langzeitversorgung – insbesondere, ob und inwieweit die jeweiligen Langzeitpflegesysteme eine „Familiarisierung“ der häuslichen Pflege befördern und welche weiteren Implikationen damit einhergehen. Österle und Bauer (2012) formulieren in einer Arbeit zum österreichischen Pflegevorsorgesystem die Annahme, dass reine Geldleistungen eher die familiäre Pflege befördern und nicht die Weiterentwicklung formeller bzw. professioneller Dienste. Ihrer Ansicht nach führen sie in erster Linie zu einer Erhöhung des Haushaltseinkommens und fördern den grauen, aber nicht den professionellen Pflegemarkt. Auch Le Bihan et al. (2019) setzen sich mit der Frage eines verstärkten Familialismus durch das Pflegegeld auseinander. Sie sehen jedoch eine Entwicklung, nach der sich nicht allein auf den familiären Beitrag in der Langzeitversorgung verlassen wird, son-

dem Pflegegeldregelungen einen Wechsel zu optionalem Familialismus durch den Markt befördern. Dadurch werden Familien ermutigt, familiäre Pflege zu leisten und durch Alternativen auf dem Pflegemarkt dabei unterstützt.

Weitgehende Einigkeit besteht darin, dass Pflegegeldregelungen bestehende Ungleichheiten eher bestätigen als auflösen. Glendinning (2009) arbeitet heraus, dass Pflegegeldregelungen Geschlechterungleichheiten ebenso verfestigen wie die Zuschreibung von Sorgerepflichtungen zu Frauen. Sie geht weiter davon aus, dass das Pflegegeld Menschen mit weniger Ressourcen und komplexeren Problemlagen benachteiligt. Diesen Zusammenhang konnte Schmidt (2017) für Österreich nachweisen. In ihrer Studie wurden Zusammenhänge zwischen der Inanspruchnahme des Pflegegeldes und dem sozio-ökonomischen Status, Geschlecht und Alter untersucht. Es zeigte sich, dass das Pflegegeld bestimmte Rollen verfestigt, aber auch die Zielsetzung einer Förderung der häuslichen Pflege unterstützt, wobei reichere Personen in dieser Richtung mehr profitieren.

Eine weitere Diskussion in der internationalen Literatur (z. B. Frericks et al. 2014) bezieht sich auf die Formalisierung und Ökonomisierung der informellen Pflege. Pflegegeldregelungen, unabhängig von ihrer konkreten Ausgestaltung, führen dazu, dass Pflege- und Sorgearbeit, die vormals unentgeltlich in Familien und Bekanntenkreisen und vorrangig von Frauen übernommen wurde, nunmehr Gegenstand von Leistungen im Rahmen von Langzeitpflegesystemen ist. Die damit verbundene Unterstützung von An- und Zugehörigen ist erklärtes Ziel vieler Pflegegeldregelungen, auch wenn die Akzente unterschiedlich gesetzt sind. Nach Frericks et al. (2014) wird in Dänemark das Recht älterer Menschen betont, ihre Unterstützungs- oder Pflegeperson selbst zu bestimmen. Diese Person kann mittels Pflegegeld dann zu einem „public employee“ oder, wie in Südkorea (Kim et al. 2018), einem „paid family care worker“ werden, der über die dem älteren Menschen zustehenden Geldbeträge finanziert wird. Auch das personengebundene

Budget aus den Niederlanden ermöglicht die Nutzung zur Finanzierung der Pflege durch Familienangehörige.

Eine offene Frage hinsichtlich der Ökonomisierung und Formalisierung der häuslichen Pflege ist die Verfügbarkeit und Art formeller Dienste, die für die Pflege zur Verfügung stehen und für die das Pflegegeld genutzt werden darf. Frericks et al. (2014) weisen darauf hin, dass es unter anderem von der Verfügbarkeit formeller Dienste abhängt, ob die Möglichkeiten erhöht und die Verbrauchermacht gestärkt werden. Stehen diese formellen Dienste nicht zur Verfügung oder – wie Österle und Bauer (2012) vermuten – entwickeln sich diese nicht weiter, dann bleiben die eingeräumten Wahlmöglichkeiten und -rechte sowie die stärkere Verbrauchermacht ohne Konsequenz. Sie können jedoch auch zur Entwicklung anderer, zum Teil grauer Pflegemärkte führen, wenn – wie in Österreich (Schmidt 2017) – das Pflegegeld explizit für sogenannte „Live-in“-Arrangements verwendet werden darf oder sich durch das Pflegegeld unregulierte Pflegearbeitsbeziehungen entwickeln (Da Roit und Moreno-Fuentes 2019).

Le Bihan (2012) sieht durch Pflegegeldregelungen die Gefahr, dass diese mit einer stärkeren Verpflichtung für Familien einhergehen, die Pflege zu übernehmen und nicht auf formelle Dienste zu setzen. Sie weist darauf hin, dass die Formalisierung der informellen Pflege nicht gleichzusetzen ist mit deren Professionalisierung. Angesprochen ist damit die Problematik, dass trotz des vorhandenen monetären Anreizes zur Übernahme von Pflegeaufgaben, der gepaart sein kann mit familiären Verpflichtungen oder religiösen Überzeugungen von An- und Zugehörigen, die Pflege dennoch anspruchsvoll und keinesfalls garantiert ist, dass sie auch so erfolgt, wie es aus professioneller Sicht sinnvoll erscheint.

Uneinigkeit besteht bei der Frage, ob Pflegegeldregelungen insgesamt den Verbleib in der häuslichen Versorgung befördern. Pattyn et al. (2021) sehen die Evidenz dafür als gering und uneinheitlich an. Zwar gibt es Anzeichen für eine Reduzierung der institutionalisierten

Versorgung und einen leichten Anstieg häuslicher Unterstützung, dieser lässt sich jedoch nicht eindeutig auf Pflegegeldregelungen zurückführen, sondern kann ebenso durch individuelle und andere kontextuelle Faktoren bestimmt sein. Unabhängig von der Frage der Förderung der häuslichen Pflege zeigen internationale Arbeiten, dass das Pflegegeld häufig in Anspruch genommen (Da Roit und Le Bihan 2019) und von vielen Menschen geschätzt wird. Van der Zee und Kroneman (2011) zeigen auf, dass „cash-for-schemes“ in vielen Fällen als echte Alternative zu anderen Unterstützungsformen gesehen werden.

Insgesamt wird das deutsche Langzeitpflegesystem einem familialistischen Wohlfahrtsmodell zugerechnet und die Pflegegeldregelung mit „based on little-regulated cash-for-care-transfer“ beschrieben (Da Roit und Le Bihan 2010). Andere Regelungen gelten als „highly regulated cash-for-schemes“.

### 17.3 Empirische Befunde zur Nutzung und Inanspruchnahme des Pflegegeldes in Deutschland

Die Verwendung des Pflegegeldes war Bestandteil zweier Untersuchungen der Autoren zur Situation in der häuslichen Pflege. Erkenntnisse aus dem DAK-Pflegereport (Klie 2022) und der VdK-Pflegestudie (Büscher et al. 2023) erlauben einen differenzierteren Blick auf die tatsächliche Nutzung des Pflegegeldes in Abhängigkeit unterschiedlich gestalteter häuslicher Pflegearrangements.

Die VdK-Pflegestudie wurde in Vorbereitung einer Kampagne zur Nächstenpflege beauftragt (► <https://www.vdk-naechstenpflege.de>). Mehr als 50.000 Menschen haben sich an der Studie beteiligt. Angaben zur Verwendung des Pflegegeldes wurden von An- und Zugehörigen pflegebedürftiger Menschen ( $n = 27.364$ ) und pflegebedürftigen Menschen selbst ( $n = 6.594$ ) erbeten. In der Gruppe der Angehörigen waren 72 % der Befragten weiblich und 28 %

männlich, während bei den pflegebedürftigen Personen die Aufteilung in etwa hälftig war. Hinsichtlich der Altersverteilung waren zwischen 37 und 50 % zwischen 41 und 60 Jahre alt und etwa 45 % 61 bis 80 Jahre. 2–10 % waren über 80 Jahre. Ca. 5 % der Beteiligten waren 21 bis 40 Jahre alt. In der VdK-Studie waren alle Pflegegrade vertreten, es gab allerdings eine leichte Verschiebung zu den höheren Pflegegraden.

Sowohl aus der Sicht pflegebedürftiger Menschen (76,1 %) wie auch aus der Sicht von An- und Zugehörigen (81,7 %) war das Pflegegeld die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Unterstützungsleistung aus der Pflegeversicherung. Um Hinweise auf die Nutzung des Pflegegeldes zu erhalten, wurden Angehörige befragt, wofür das Pflegegeld von den durch sie versorgten pflegebedürftigen Menschen verwendet wird und die pflegebedürftigen Menschen wurden direkt gefragt, wofür sie das Pflegegeld ausgeben.

■ Tab. 17.1 zeigt, dass nach Aussagen der Angehörigen das Pflegegeld zu einem großen Teil für laufende Ausgaben verwendet wird. Auch die Nutzung für Dienstleistungen, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind, wurde häufig genannt, ebenso wie die Weiterleitung des Pflegegeldes an Angehörige als weitere Verwendungsmöglichkeit.

Pflegebedürftige Menschen gaben am häufigsten an, dass ihre Hauptpflegeperson das Pflegegeld erhält. Auch bei ihnen ist die Verwendung für „laufende Ausgaben“ häufig. Ähnlich wie aus der Angehörigenperspektive zeigen sich sehr unterschiedliche Nutzungen des Pflegegeldes, was auch durch die hohe Zahl von Personen, die „Sonstiges“ angegeben haben, unterstrichen wird.

Unterschiede zeigen sich bei der Verwendung des Pflegegeldes zwischen Angehörigen, die mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt und denjenigen, die getrennt voneinander leben. Das Pflegegeld wird Angehörigen in einem gemeinsamen Haushalt deutlich häufiger weitergeleitet als denjenigen, die nicht im gleichen Haushalt leben. In diesen Pflege-

**Tab. 17.1** Wofür wird das Pflegegeld verwendet? (Mehrfachnennung; in %)

	Angehörige (n = 16.970)	Pflegebedürftige Menschen (n = 3.960)
Für laufende Ausgaben	51,8	41,7
Für Dienstleistungen, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind	38,6	33,7
Für Angehörige/Hauptpflegepersonen („Das bekomme ich“)	36,6	59,2
Für andere Familienmitglieder und Freunde, die der pflegebedürftigen Person helfen	18,6	25,5
Für Betreuungsangebote wie Tagesgruppen oder Einzelbetreuung durch Betreuungskräfte	12,4	3,7
Für ehrenamtliche Hilfe	8,2	12,2
Sonstiges	18,2	15,7

Pflege-Report 2024

**Tab. 17.2** Unterstützungsleistungen bei unterschiedlichen Gruppen (Mehrfachnennung; in %)

	Alle Angehörigen (n = 21.059)	Angehörige aus Live-in-Arrangements (n = 1.047)	Eltern pflege- bedürftiger Kinder (n = 2.784)
Pflegegeld	81,7	90,3	94,3
Ambulanter Pflegedienst	37,6	48,9	10,8
Verhinderungs- und Ersatzpflege	30,5	32,7	64,6
Haushaltshilfe	22,6	15,4	13,1
Entlastungsbetrag	19,7	17,0	34,6
Kurzzeitpflege	14,0	17,9	17,6
Betreuungsdienste	7,5	8,5	10,6
Tagespflege/Nachtpflege	7,0	11,2	2,8
Live-in/„24-Stunden-Pflege“	5,3		0,4
Keine der genannten Unterstützungsleistungen	7,1	0,3	2,9

Pflege-Report 2024

arrangements wird das Pflegegeld stattdessen häufiger für andere Dienstleistungen, andere Familienmitglieder oder Freunde sowie für Betreuungsangebote oder ehrenamtliche Hilfen ausgegeben. Dieser Befund verdeutlicht, dass die Vermutung, dass durch das Pflegegeld

das Haushaltseinkommen gesteigert wird, in gemeinsamen Pflegehaushalten eher zuzutreffen scheint.

Tab. 17.2 zeigt Unterschiede der Pflegegeldnutzung in weiteren unterschiedlichen Pflegearrangements. Verglichen wurden die

■ **Tab. 17.3** Wofür wird das Pflegegeld verwendet? (Mehrfachnennung; in %)

	Angehörige (n = 16.970)	Angehörige aus Live-in-Arrangements (n = 936)	Eltern pflege- bedürftiger Kinder (n = 2.611)
Für laufende Ausgaben	51,8	45,6	44,2
Für Dienstleistungen, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind	38,6	59,0	24,7
Für Angehörige/Hauptpflegepersonen („Das bekomme ich“)	36,6	6,9	70,5
Für andere Familienmitglieder und Freunde, die der pflegebedürftigen Person helfen	18,6	10,7	14,2
Für Betreuungsangebote wie Tagesgruppen oder Einzelbetreuung durch Betreuungskräfte	12,4	26,4	12,2
Für ehrenamtliche Hilfe	8,2	7,2	6,9
Sonstiges	18,2	17,1	18,5
Pflege-Report 2024			

Angaben von Eltern pflegebedürftiger Kinder, Angehörigen, die ein so genanntes Live-in-Arrangement durch eine im Haushalt lebende Person etabliert haben und allen An- und Zugehörigen. Bei den Eltern pflegebedürftiger Kinder ist darauf hinzuweisen ist, dass viele der Kinder dem Kindes- und Jugendalter bereits entwachsen sind, aber weiterhin von den Eltern versorgt werden: 27,2 % der pflegebedürftigen Kinder waren bis zu 10 Jahre alt, 26,9 % bis 18 Jahre, 26,6 % bis 30 Jahre und 19,3 % über 30 Jahre.

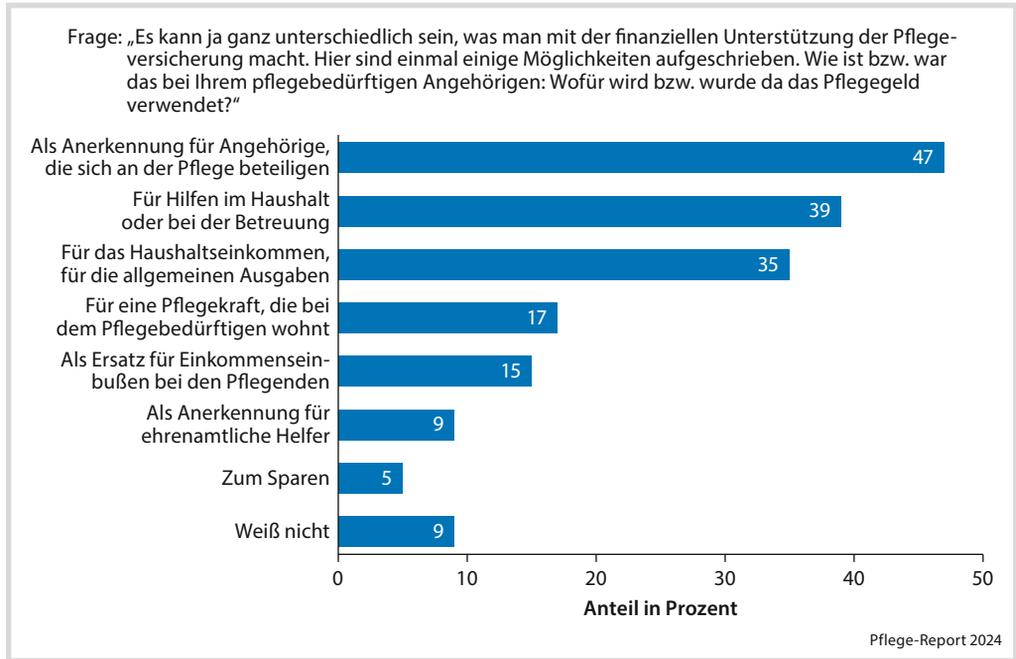
■ Tab. 17.2 zeigt, dass der Anteil derjenigen, die Pflegegeld in Anspruch nehmen, noch einmal deutlich höher liegt und dass es zwischen den beiden Gruppen enorme Unterschiede bei den in Anspruch genommenen Unterstützungsleistungen gibt. Bemerkenswert bei den Live-in-Arrangements ist die hohe Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste, bei Eltern pflegebedürftiger Kinder ist es der hohe Anteil, der die Verhinderungs-/Ersatzpflege in Anspruch nimmt. Bei den Angehörigen mit einem Live-in-Arrangement handelte es sich bei mehr als 80 % der pflegebedürftigen Personen um ihre Eltern (69,4 %) oder Schwiegereltern

(12,7 %). Bei der Gesamtgruppe der Angehörigen lag der Anteil der Eltern mit insgesamt etwas mehr als 56 % (47,8 % Eltern, 8,4 % Schwiegereltern) deutlich niedriger.

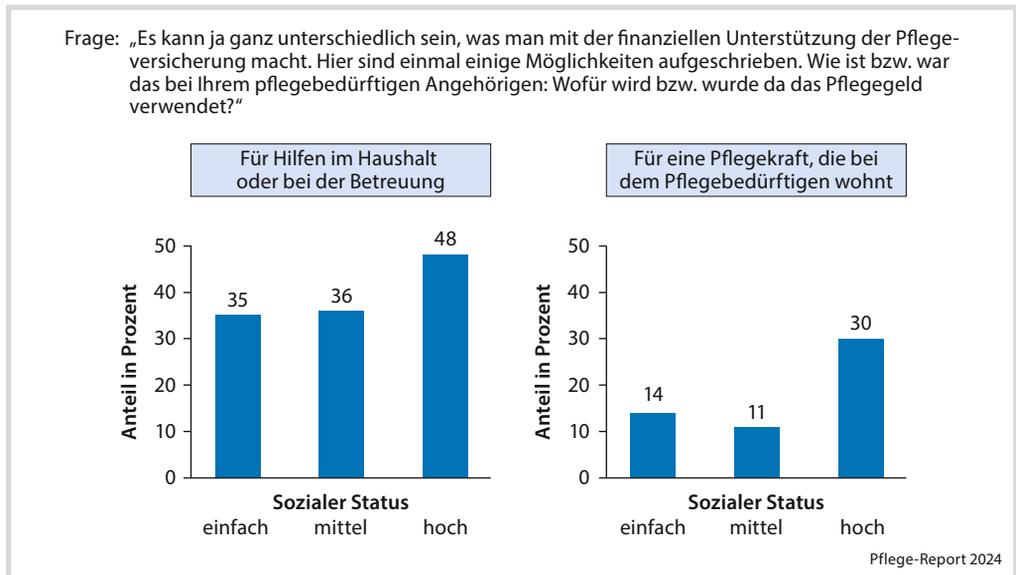
■ Tab. 17.3 zeigt, dass bei der Verwendung des Pflegegeldes größere Unterschiede bestehen hinsichtlich der Weitergabe des Pflegegeldes an Angehörige (der Anteil ist bei Live-in-Pflegearrangements deutlich geringer) und bei der Nutzung für „Dienstleistungen, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind“ (die bei den Live-in-Arrangements höher ist).

Bei den Eltern pflegebedürftiger Kinder bestehen Unterschiede in der Anzahl derjenigen, bei denen die Angehörigen das Pflegegeld erhalten, wie auch hinsichtlich der Leistungen, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind. Im Vergleich zu den Live-in-Pflegearrangements zeigt sich in diesen beiden Bereichen ein nahezu umgekehrtes Bild, da die Eltern pflegebedürftiger Kinder deutlich häufiger das Pflegegeld erhalten und es deutlich seltener für Dienstleistungen ausgeben.

Auch im DAK-Pflegereport 2022 wurde dem Thema Pflegegeld und der Verwendung



■ **Abb. 17.1** Wofür wird das Pflegegeld genutzt? (Quelle: DAK-Pflegereport 2022, S. 55)



■ **Abb. 17.2** Verwendung des Pflegegeldes nach sozialem Status. (Quelle: DAK-Pflegereport 2022, S. 56)

des Pflegegeldes aus Sicht der pflegenden Angehörigen besondere Aufmerksamkeit geschenkt. In der repräsentativen Bevölkerungsbefragung, die das Institut für Demoskopie Allensbach durchgeführt hat (Haumann 2022), wurde eine Reihe von Fragen zur Verwendung des Pflegegeldes aufgenommen.

In der Umfrage zeigte sich am häufigsten eine Weiterleitung an pflegende Angehörige (47 %), insbesondere als Ersatz für deren Einkommenseinbußen (15 %). Sehr häufig wird das Pflegegeld aber auch für andere Zwecke verwendet, etwa für Haushalts- und Betreuungshilfen (39 %), für 24-Stunden-Kräfte (17 %) oder auch für ehrenamtliche Hilfen (9 %). Nicht selten wird das Pflegegeld auch für die allgemeinen Ausgaben des Haushalts mit herangezogen (35 %). Dass die Leistung entgegen ihrem intendierten Sinn zum Sparen benutzt würde, geben hier lediglich 5 % an. Von daher kann von einer im Wesentlichen pflegerechten Verwendung des Pflegegeldes ausgegangen werden s. [Abb. 17.1](#).

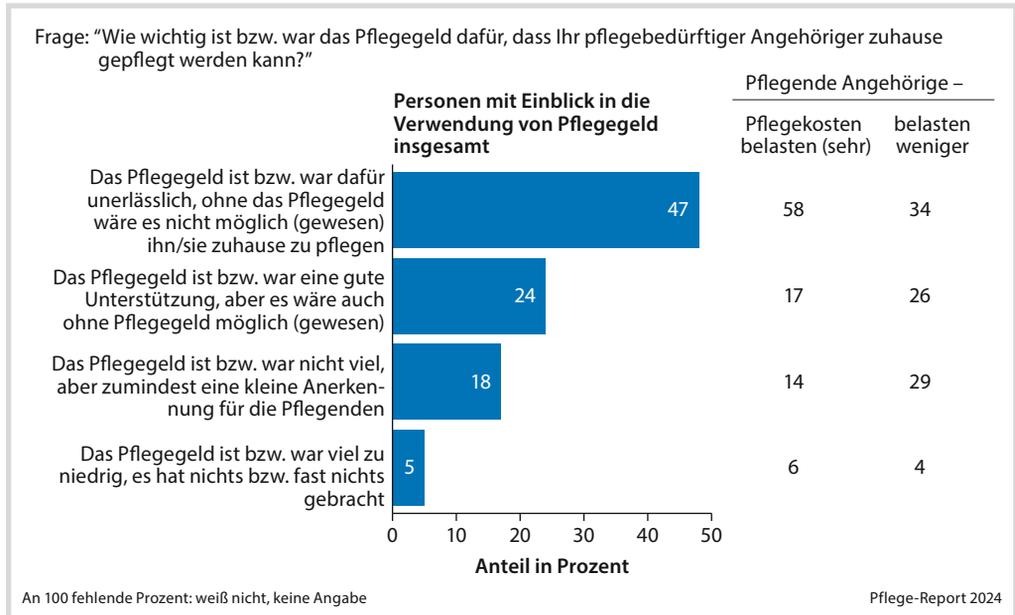
Allerdings gibt es bei der Verwendung schichtbezogene Akzente: So setzen die Angehörigen mit höherem sozialem Status das Pflegegeld weitaus häufiger als andere ein, um – in der Regel zusätzlich zu den pflegenden Angehörigen – auch Haushaltshilfen oder Pflegekräfte, die im Haushalt wohnen, (mit) zu finanzieren. In der gehobenen Schicht fällt es den pflegenden Angehörigen offensichtlich leichter, dafür selbst auf das Pflegegeld bzw. auf einen Teil davon zu verzichten s. [Abb. 17.2](#).

Angesichts der Kosten für Haushaltshilfen oder auch der Einkommensverluste von berufstätigen Angehörigen gibt es eine Debatte, ob die Höhe des Pflegegeldes ausreicht oder ob es von den meisten nicht als unzureichend und damit auch als mehr oder weniger bedeutungslos für die Pflege empfunden wird. Aus Sicht der Angehörigen aus der DAK-Pflegestudie bestätigen sich solche Befürchtungen nicht. Lediglich 5 % erklären, die Leistung habe nichts bzw. fast nichts gebracht und weitere 18 % stufen das Pflegegeld lediglich als kleine Anerkennung für die Pflegenden ein. Dage-

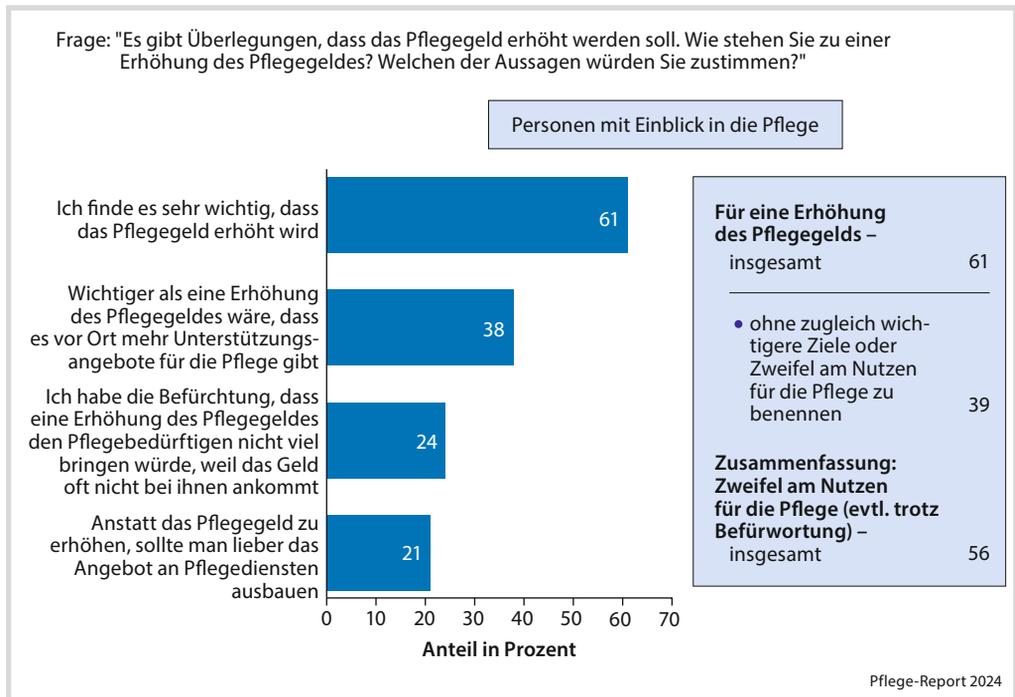
gen bewerten 24 % das Pflegegeld als gute Unterstützung und 47 % erklären sogar, dass die Leistung für die Pflege unerlässlich (gewesen) sei: Ohne das Pflegegeld sei es nicht möglich (gewesen), zu Hause zu pflegen. Besonders Angehörige, die sich durch die Pflegekosten stark belastet fühlen, kommen zu derart positiven Urteilen über das Pflegegeld s. [Abb. 17.3](#).

Dementsprechend unterstützen auch fast zwei Drittel (61 %) die Forderung, das Pflegegeld zu erhöhen. Allerdings wird diese Forderung nicht mit großem Nachdruck erhoben; es wirkt sich aus, dass nur eine Minderheit das aktuelle Pflegegeld als deutlich zu gering wahrnimmt. Lediglich 39 % sprechen sich für eine solche Erhöhung aus, ohne zugleich zu erklären, dass andere Ziele derzeit möglicherweise wichtiger sind oder ohne Sorgen um die Verwendung des Pflegegeldes zu artikulieren. 38 % fänden mehr Unterstützungsangebote für die Pflege vor Ort wichtiger als eine Erhöhung des Pflegegeldes, 21 % einen weiteren Ausbau der ambulanten Pflegedienste. 24 % äußern die Befürchtung, dass eine Erhöhung des Pflegegeldes den Gepflegten nicht viel bringen würde, weil das Geld oft nicht bei ihnen ankomme s. [Abb. 17.4](#).

Eine auf die Länder bezogene Auswertung lässt auf der einen Seite ähnliche Nutzungsmuster erkennen, auf der anderen Seite aber auch deutliche Unterschiede. Diese bestehen nicht nur zwischen sozialen Milieus und Schichten, sondern auch zwischen den Bundesländern. So variiert etwa die Nutzung des Pflegegeldes als Anerkennung für Angehörige, die sich an der Pflege beteiligen, zwischen 69,1 % in Bremen und 38,9 % in Bayern. Auch der Einsatz des Pflegegeldes für Hilfen im Haushalt oder bei der Betreuung variiert deutlich zwischen 52,7 % in Bremen und 25,9 % in Sachsen. Dass das Pflegegeld als Haushaltseinkommen für allgemeine Ausgaben eingesetzt wird, gilt besonders für einkommensschwache Haushalte. Aber auch hier gibt es deutliche Variationen zwischen den Bundesländern. Im Land Berlin geben 49,8 % der Befragten an, das Pflegegeld entsprechend



■ **Abb. 17.3** Bedeutung des Pflegegeldes für die häusliche Pflege. (Quelle: DAK-Pflegereport 2022, S. 57)



■ **Abb. 17.4** Eine Mehrheit befürwortet eine Erhöhung des Pflegegeldes – allerdings haben viele dabei auch andere Präferenzen. (Quelle: DAK-Pflegereport 2022, S. 62)

eingesetzt zu haben, im Saarland sind dies lediglich 26,1 %. Auch der Einsatz für osteuropäische Haushaltshilfen variiert. Während es in Thüringen nur 3,2 % sind, die angeben, das Pflegegeld für Live-ins einzusetzen, sind dies in Berlin immerhin 33,1 %. Als Ersatz für Einkommenseinbußen bei den Pflegenden weist das Land Niedersachsen die geringste Quote auf (7,5 %), Bayern die höchste mit 26,2 %. Die Verwendung als Anerkennung für ehrenamtliche Formen der Unterstützung wird in Berlin von 22,3 % angegeben, in Niedersachsen sind es lediglich 1,1 %. Auch die Sparquote respektive der Einsatz zum Sparen variiert deutlich: In Baden-Württemberg sind es lediglich 1,2 %, in Hamburg und Bremen liegen die Angaben zwischen 13,3 und 15,5 %. Die Zahlen sind insofern mit Vorsicht zu genießen, als die Grundgesamtheit in kleineren Bundesländern die Aussagekraft der Zahlen einschränkt. Gleichwohl wird deutlich, dass es auch regional und auf Ebene der Bundesländer unterschiedliche Handschriften hinsichtlich der Verwendung des Pflegegeldes zu verzeichnen gibt.

Handelte es sich bei der VdK-Studie und dem DAK-Pflegereport um bereits abgeschlossene Studien, aus denen wesentliche Erkenntnisse zur Verwendung des Pflegegeldes entnommen werden konnten, wurden die Analysen des WiDo auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-Pflege- und Krankenkassen ergänzend durchgeführt. Sie bieten eine deskriptive Bestandsaufnahme, die als Grundlage zur Entwicklung komplexerer Studiendesigns zur Wirkung des Pflegegeldes herangezogen werden kann. Die gesamte Analyse wurde als eigener Bericht auf der Internetseite des WiDo veröffentlicht (Tsiasioti et al. 2024). In diesem Kapitel werden wesentliche Aspekte zusammengefasst. Einbezogen wurden die Datenjahre 2017 bis 2021 mit jährlich zwischen rund 1 Mio. (2017) und 1,6 Mio. (2021) ambulant versorgten Pflegebedürftigen.<sup>1</sup>

Für die Analyse wurde differenziert nach Pflegehaushalten, die allein auf familiäre und solche, die auch auf beruflich/professionell Pflegende zurückgreifen. Ferner bilden Pflegebedürftige mit Grad 1 eine separate Subgruppe („Typ I: Grad 1“). Die Versorgungssettings sind wie folgt operationalisiert:

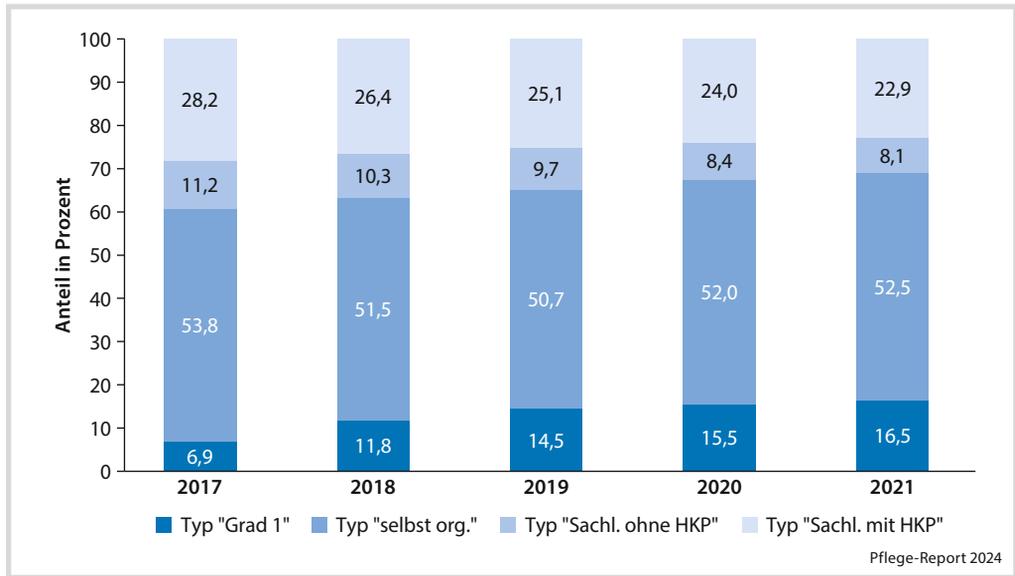
- Typ II („selbst org.“) umfasst selbstorganisierte Pflegesettings, in denen neben Pflegegeldbezug (§ 37 SGB XI) ausschließlich noch Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) oder Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45b SGB XI, Entlastungsbetrag) genutzt werden.
- Pflegehaushalte, die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst erhalten – sei es als Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI), als reine Sachleistung (§ 36 SGB XI) oder GKV-finanziert in Form von ärztlich verordneter häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V (HKP) – oder aber über Tagespflege (§ 41 SGB XI) oder Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) in Kontakt mit professioneller Pflege stehen, sind als Typ III („Sachl. ohne/mit HKP“) zusammengefasst. Je nachdem, ob HKP genutzt wird oder nicht, wird nach Sachleistungstyp IIIa und IIIb differenziert.

■ Abb. 17.5 zeigt die Verteilung der in die Studie einbezogenen ambulant Pflegebedürftigen auf die Settings. Mehr als die Hälfte (52,5 %) der ambulant Versorgten sind dies demnach in rein selbst organisierten Pflegearrangements. Fast jede dritte Person (31,0 %) ist in formalen Settings zu verorten, rund zwei von drei beziehen GKV-finanzierte HKP-Leistungen. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich deutlich die Zunahme der Pflegehaushalte mit einem Schwe-

---

demie die ansonsten über die Jahre relativ konstanten Inanspruchnahmepattern und damit einhergehende dokumentierte Abrechnungsinformationen und Diagnosen wesentlich verändert hat. Für alle dargelegten Analysen gilt insofern, dass die Effekte der Pandemie bei der Interpretation der beschriebenen Versorgungsaspekte zu berücksichtigen sind.

1 Grundsätzliche Hinweise zur Datengrundlage finden sich in ► Abschn. 17.1. Für die Datenjahre 2020 und 2021 ist zu berücksichtigen, dass die Covid-19-Pan-



■ **Abb. 17.5** Ambulant pflegebedürftige Menschen nach Setting. (Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6)

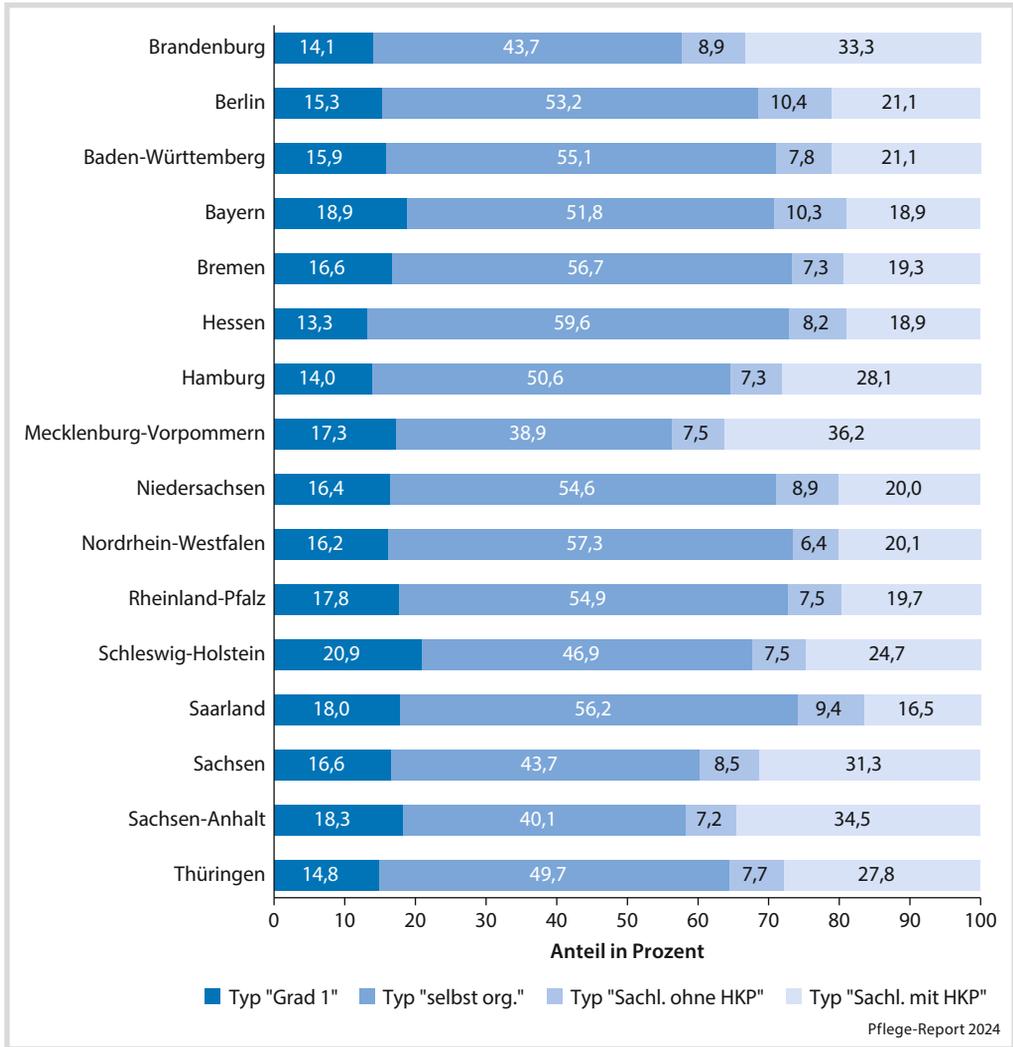
regrad 1 (Typ I), parallel hierzu sinkt der Anteil derjenigen mit Sachleistungsbezug (Typ III).

Die wesentlichen Befunde der Analyse sind:

- Pflegebedürftige Menschen in rein selbst organisierten Settings sind wesentlich jünger als jene in Vergleichssettings. Einzig Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 (Typ I) fallen heraus – sie sind ebenfalls eine eher junge Gruppe
- Unabhängig davon, ob eine pflegebedürftige Person Sachleistungen (plus ggf. häusliche Krankenpflege) oder lediglich Pflegegeld bezieht, die mittlere Pflegeschwere – in Form des durchschnittlichen Pflegegrads – ist nahezu die gleiche. Sie verändert sich jedoch bei genauerem Blick auf die Verteilung der Pflegegrade je Setting. Dabei erscheint die Gruppe jener Pflegebedürftigen, die ihre Pflege selbst organisieren, wesentlich weniger beeinträchtigt. Während hier knapp 13 % schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit (mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung) aufweisen, entfallen in

den beiden Vergleichssettings jeweils ca. ein Fünftel auf die Pflegegrade 4 und 5 (ohne HKP: 21,5 %; mit HKP: 19,2 %).

- Für die Subgruppe der Pflegebedürftigen, die erstmals pflegebedürftig wurden, konnten auch die Daten der MD-Begutachtung herangezogen werden: Bestätigt wird die Vermutung, dass Personen, die Pflegegeld beziehen und ansonsten die Versorgung selbstständig organisieren, wesentlich seltener allein leben. Zwei von drei Pflegegeld-Empfängenden leben mit weiteren Personen im Haushalt zusammen, rund 29 % demgegenüber allein. Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger mit selbst organisierter Versorgung erhalten durch den MD kaum häufiger eine Reha-Empfehlung (5,4 %) als die Sachleistungsempfängenden (ohne HKP: 4,3 %, mit HKP: 4,2 %). Viel häufiger sprechen die Medizinischen Dienste eine Heilmittel-Empfehlung aus; im Jahr 2019 erhielten in etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen eine solche. Wichtig ist zu betonen, dass diese Empfehlungen nicht auf die tatsächliche



**Abb. 17.6** Ambulant Pflegebedürftige nach Setting und Bundesland. (Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6)

17

Inanspruchnahme der empfohlenen Reha bzw. Heilmittel schließen lassen.

- Mehr als 87 % der ambulant lebenden bzw. versorgten Pflegebedürftigen wiesen 2021 (im Durchschnitt der Quartale) mindestens einen hausärztlichen Kontakt auf. Ausschließlich Pflegegeldbeziehende betrifft dies zu 82 %, Sachleistungsempfänger mit HKP zu 95 %, ohne HKP zu 92 % und Menschen mit Pflegegrad 1 zu

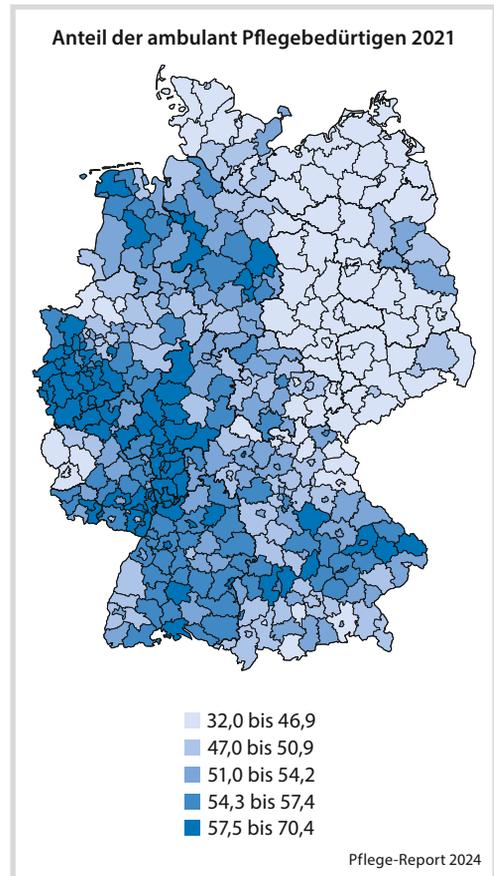
88 %. Knapp drei Viertel (71,2 %) sahen im gleichen Zeitraum mindestens einmal eine Fachärztin bzw. einen Facharzt, davon 19,8 % aus der Inneren Medizin, 17,2 % aus der Augenheilkunde und 13,4 % aus der Neurologie.

- Mit zunehmender Morbidität bzw. zunehmendem Alter steigt das Risiko einer Polymedikation, d. h. für Verordnungen einer Vielzahl unterschiedlicher Wirkstoffe, und

damit das Risiko für unerwünschte Wechselwirkungen dieser Wirkstoffe. Mehr als die Hälfte der ambulant Pflegebedürftigen erhielten fünf oder mehr Wirkstoffe im Quartal im Jahr 2021; dies gilt für drei Viertel aller Sachleistungsempfänger mit HKP, während es bei den selbst organisierten Pflegebedürftigen mit Pflegegeld und auch in den anderen beiden Pflegesettings rund 20 Prozentpunkte weniger waren.

- Ein Viertel der Pflegegeldbeziehenden ohne weitere Leistungen (24,7 %) wies 2021 mindestens eine Psychopharmaka-Verordnung auf. Bei den Sachleistungsempfängerinnen betrifft dies sogar ein Drittel (ohne HKP: 32,0 %, mit HKP: 34,0 %).
- Die Beobachtung aus dem DAK-Pflege-report einer regionalen Varianz bestätigt sich. Es zeigt sich ein deutlicher West-Ost-Unterschied. Die Top 5 der höchsten Anteile an Pflegebedürftigen mit Pflegegeld und ansonsten selbst organisierter Versorgung im Jahr 2021 finden sich in Hessen (59,6 %), Nordrhein-Westfalen (57,3 %), Bremen (56,7 %), im Saarland (56,2 %) und in Baden-Württemberg (55,1 %). Am anderen Ende des Rankings weisen nahezu ausschließlich (mit einer Ausnahme) die neuen Bundesländer deutlich niedrigere Werte auf, allen voran Mecklenburg-Vorpommern mit 39 % Pflegebedürftigen mit selbst organisierter Versorgung, gefolgt von Sachsen-Anhalt (40,1 %), Brandenburg (43,7 %) und Sachsen (43,7 %) sowie Schleswig-Holstein (46,9 %). Ein höherer bzw. niedrigerer Anteil dieser Versorgungsart schlägt sich in [Abb. 17.6](#) vor allem in einem niedrigeren bzw. höheren Anteil der Sachleistungsempfängerinnen mit HKP nieder.

Die kartographische Auflösung der Häufigkeit von Pflegegeldempfangenden an allen ambulant Pflegebedürftigen auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte für das Jahr 2021 unterstreicht diese ausgeprägte regionale Schwankungsbreite. Während in einem Fünftel aller



**Abb. 17.7** Anteil Pflegebedürftige mit Pflegegeld, die sich ansonsten selbst organisiert versorgen (Typ II), an allen ambulant Pflegebedürftigen nach Kreis im Durchschnitt der Quartale 2021. (Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6)

Kreise 32 bis 47 % der Pflegebedürftigen im ambulanten Setting ausschließlich Pflegegeld beziehen, beläuft sich dieser Anteil in einem weiteren Fünftel aller Kreise auf 58 bis 70 %. Das West-Ost-Gefälle ist deutlich erkennbar s. [Abb. 17.7](#).

## 17.4 Abschlussbemerkungen

Die Zusammenfassung der nationalen und internationalen Literatur sowie die gemeinsame Betrachtung empirischer Befunde aus dem

DAK-Pflegereport 2022, der VdK-Pflegestudie sowie der Analysen von Routinedaten der AOK hat vielfältige Erkenntnisse über die Bedeutung und Nutzung des Pflegegeldes in Deutschland hervorgebracht. Es konnte gezeigt werden, dass es sehr vielfältige Motivationen, Intentionen und Überlegungen dazu gibt, warum Menschen das Pflegegeld wie und für wen verwenden. Deutlich wurde die hohe Bedeutung, die dem Pflegegeld beigemessen wird – sei es, weil es in die Lage versetzt, die häusliche Pflegesituation überhaupt zu bewältigen oder sei es, weil es Spielräume schafft oder als Anerkennung für die geleistete Pflege und Unterstützung eines an- oder zugehörigen Menschen verstanden wird. Vor diesem Hintergrund würde eine sich an allgemeinen Preis- und/oder Tarifsteigerungen orientierende Erhöhung des Pflegegeldes von vielen Menschen sicherlich positiv aufgenommen werden, auch wenn spezifische Steuerungswirkungen vom Pflegegeld nicht erwartet werden dürfen. Die Hintergründe und Zwecke der Verwendung sind schlicht zu unterschiedlich. Zwei dominante einander gegenüberstehende Verwendungsformen konnten identifiziert werden: Pflegegeld als „Nachteilsausgleich“ mit unspezifischer, häufig reziprozitätsbasierte Pflegearrangements stützender oder haushaltsökonomisch relevanter Bedeutung und Pflegegeld zum Einkauf von Leistungen, etwa von Live-ins, Haushaltshilfen oder anderer nicht zugelassener Dienste.

Festzuhalten ist, dass der Blick auf internationale Systeme den Fokus der Analyse für das deutsche System schärfen kann. Der hohe Freiheitsgrad des deutschen Pflegegeldes erhöht die Möglichkeiten, für unterschiedliche Pflegearrangements unterschiedliche Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten zu organisieren und in Anspruch zu nehmen. Dass es jedoch keine explizite Unterstützung und Beratung für die Verwendung des Pflegegeldes gibt, muss als Schwachpunkt angesehen werden. Die bestehende Beratungsinfrastruktur in Deutschland hat andere Schwerpunkte.

Zuzustimmen ist der Einschätzung, dass das Pflegegeld keine Weiterentwicklung der

formellen Unterstützungsangebote befördert, sondern im Gegenteil eher erschwert. Eine Entwicklung zu flexibleren Leistungsspektren in der ambulanten Pflege und eine tatsächliche Förderung des Aushandlungsgeschehens zwischen Pflegearrangement und formellem Dienstleister hat nicht stattgefunden und wird nicht einmal in Ansätzen diskutiert. Eng damit zusammenhängend ist die weitgehende Konzeptionslosigkeit bei der Gestaltung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI zu nennen, die grundsätzlich das Potenzial beinhalten, eine bessere Verknüpfung zwischen selbstgesteuerten Pflegearrangements einerseits und formellen Unterstützungsangeboten andererseits herzustellen.

Die Ergebnisse zeigen sehr deutlich einen weitergehenden Handlungs- und auch Erkenntnisbedarf. Zunächst fehlt es an einer Diskussion der mit dem Pflegegeld verbundenen Zielsetzung. Zwar steht das Pflegegeld offensichtlich einer Förderung der häuslichen Versorgung nicht entgegen und trägt in vielen Fällen explizit dazu bei, Möglichkeiten einer gezielteren und integrierteren Unterstützung werden jedoch nicht genutzt. Stattdessen bleiben Pflegehaushalte mit dem Pflegegeld weitgehend sich selbst überlassen – in der impliziten Hoffnung, dass alles gut gehen möge. Falls es nicht gut geht, so die ebenso implizite Annahme, stehen teilstationäre und stationäre Angebote bereit, um die weitere Versorgung zu übernehmen. Angesichts der überragenden Bedeutung der häuslichen Pflege, die vermutlich angesichts der demographischen Entwicklungen noch steigen wird, sind das bislang bestehende Erkenntnisdefizit und die explizite Nicht-Befassung mit Möglichkeiten zur Flankierung und Unterstützung häuslicher Pflegearrangements jedoch besorgniserregend. Sinnvoll erscheint es, Leistungen der Pflegeversicherung wie das Pflegegeld explizit zur Unterstützung des Gesamtarrangements nutzen zu können und sie nicht ausschließlich auf den pflegebedürftigen Menschen zu beziehen.

Im Hinblick auf pflegepolitische Implikationen werfen die Ergebnisse Fragen zur Reflexion des Vorrangverhältnisses zwischen den

§§ 36 und 37 SGB XI und ihrem Beitrag zur „Sicherstellung der Pflege“ auf. Zwar sind sowohl die Medizinischen Dienste im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit wie auch die ambulanten Pflegedienste und anerkannten Beratungsstellen im Rahmen der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI gehalten, Hinweise auf nicht sichergestellte Pflege zu sammeln und weiterzuleiten; es fehlt jedoch an einer Vorstellung und Zuständigkeit in diesen Fällen. Das Gleiche gilt für Fallkonstellationen, in denen zwar die Pflege noch sichergestellt ist, die Risiken für eine weitere Destabilisierung jedoch unverkennbar sind. Sinnvoll wäre es in diesem Zusammenhang, eine pflegefachliche Begleitfunktion zu qualifizieren und somit bereitzustellen. Diese könnten zum einen die Medizinischen Dienste übernehmen, die bereits den Zugang zu häuslichen Pflegearrangements haben, sie kann aber auch über einen Anspruch auf eine „Steuerung des Pflegeprozesses“ durch Pflegefachkräfte erfolgen. Für komplexere Fallkonstellationen ist es ratsam, ein zur Bearbeitung der Problemstellungen geeignetes Case Management im Rahmen lokaler Hilfestrukturen zu gewährleisten.

Die im Rahmen des Projekts Subjektorientierte Qualitätssicherung (Büscher und Klie 2023) gesammelten Erfahrungen zeigen Wege auf, wie das Wissen aus den Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit für die Beratung, Begleitung, aber gegebenenfalls auch für ein Case Management zugunsten pflegebedürftiger Menschen genutzt und auf kommunaler Ebene in vernetzten Unterstützungsformationen gestaltet werden kann.

## Literatur

- Arrighi Y, Davin B, Trannoy A, Ventelou B (2015) The non-take up of long-term care benefit in France: a pecuniary motive? *Health Policy* 119:1338–1348
- Büscher A, Klie T (2023) Fokus Häusliche Pflege – der Ansatz der subjektorientierten Qualitätssicherung. In: Schwinger A, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Jacobs K (Hrsg) *Pflege-Report 2023. Versorgungsqualität von Langzeitgepflegten*. Springer, Berlin, S 175–185
- Büscher A, Peters L, Stelzig S, Lübben A, Yalymova I (2023) Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK-Pflegestudie. Abschlussbericht. <https://www.vdk.de/deutschland/pages/85895/pflegestudie>. Zugegriffen: 12. Aug. 2024
- Da Roit B, Le Bihan B (2010) Similar and yet so different: cash-for-care in six European Countries’ long-term care policies. *Milbank Quarterly* 88(3):286–309
- Da Roit B, Le Bihan B (2019) Cash for long-term care: policy debates, visions, and designs on the move. *Soc Policy Admin* 53:519–536
- Da Roit B, Moreno-Fuentes FJ (2019) Cash for care and care employment: (missing) debates and realities. *Soc Policy Admin* 53:596–611
- Frericks P, Jensen PH, Pfau-Effinger B (2014) Social rights and employment rights related to family care: family care regimes in Europe. *J Aging Stud* 29:66–77
- Glendinning C (2009) Cash for care: implications for carers. *Geneva Assoc Health Ageing Newsl* 21:3–6
- Haubner T (2017) *Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft. Laienpflege in Deutschland*, 1. Aufl. Campus, Frankfurt
- Hauck K, Noftz W (Hrsg) (2021) *Sozialgesetzbuch (SGB) XII: Sozialhilfe. Kommentar*. Erich Schmidt, Berlin (Sozialgesetzbuch (SGB) – Gesamtkommentar)
- Haumann W (2022) *Häusliche Pflege: Erfahrungen, Einstellungen, Forderungen – Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach*. In: Klie T (Hrsg) *Pflege-report 2022. Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven*. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Bd. 41. Medhochzwei, Heidelberg, S 31–74
- Kim J, de Bellis AM, Dongxia XL (2018) The experience of paid family-care workers of people with dementia in South Korea
- Klie T (2022) *Pflegereport 2022. Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven*. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Bd. 41. Medhochzwei, Heidelberg
- Klie T, Spermann A (Hrsg) (2004) *Persönliche Budgets – Aufbruch oder Irrweg? Ein Werkbuch zu Budgets in der Pflege und für Menschen mit Behinderungen*. Vincentz Network, Hannover
- Le Bihan B (2012) The redefinition of the familialist home care model in France: the complex formalization of care through cash payment. *Health Soc Care Community* 20(3):238–246
- Le Bihan B, Da Roit B, Sopadzhyan A (2019) The turn to optional familialism through the market: Long-term care, cash-for-care, and caregiving policies in Europe. *Soc Policy Admin* 53:579–595
- Miller KEM, Stearns SC, van Houtven CH, Gilleskie D, Holmes GM, Kent EE (2022) The landscape of state

- policies supporting family caregivers as aligned with the national academy of medicines recommendations. *Milbank Quarterly* 100(3):854–878
- Österle A, Bauer G (2012) Home Care in Austria: the interplay of family orientation, cash-for-care and migrant care. *Health Soc Care Community* 20(3):265–273
- Pattyn E, Werbrouck A, Gemmel P, Trybou J (2021) The impact of cash-for-care schemes on the uptake of community-based and residential care: a systematic review. *Health Policy* 125(3):363–374
- Schmidt A (2017) Analysing the importance of older people's resources for the use of home care in a cash-for-care scheme: evidence from Vienna. *Health Soc Care Community* 25(2):514–526
- Schütte W (2007) Freiwillige Pflege: Angehörige und sozial Engagierte. In: Igl G, Gerhar Naegele G, Hamdorf S (Hrsg) *Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen*. Hamburg, Bd. 2. LIT, Münster, S 152–165
- Statistisches Bundesamt (2022) *Pflegestatistik 2021. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Destatis, Wiesbaden
- Tsiasioti C, Behrendt S, Schwinger A (2024) Versorgungslagen selbst organisierter Pflegesettings – Routinedatenanalysen im Kontext der wissenschaftlichen Studie zur Wirkungsweise des Pflegegeldes. <https://www.wido.de/forschung-projekte/pflege/pflegepersonal-und-pflegende-angehoerige/?L=0>. Zugegriffen: 14. Aug. 2024
- Van der Zee J, Kroneman M (2011) A promising approach in comparative research on care for the elderly. *Commentary. BMC Med* 9:124

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# Bürgerschaftliches Engagement in der pflegebezogenen Selbsthilfe: aktueller Stand und Weiterentwicklungsbedarfe

*Anja Schödwell*

## Inhaltsverzeichnis

- 18.1 Einleitung – 254**
- 18.2 Bürgerschaftliches Engagement in Deutschland – 256**
  - 18.2.1 Engagement in der gemeinschaftlichen Selbsthilfe – 257
  - 18.2.2 Engagement in der pflegebezogenen Selbsthilfe – 258
- 18.3 Förderung der Pflegeselbsthilfe – 261**
  - 18.3.1 Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen – 261
  - 18.3.2 Aktueller Stand der Umsetzung – 262
- 18.4 Zusammenfassung und Fazit – 263**
  - Literatur – 265**

## ■ ■ Zusammenfassung

*Im Zuge der Alterung der Gesellschaft steigt die Lebenserwartung und damit auch die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen kontinuierlich, während die Geburtenraten sinken. Dies führt zu einer geringeren Anzahl von Arbeitskräften, welche die wirtschaftliche und soziale Unterstützung der älteren Generationen gewährleisten müssen. Der doppelte demographische Wandel potenziert den Mangel an Pflegefachkräften und bedroht die Sicherstellung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen. In dieser Situation gewinnt die Rolle der pflegenden Angehörigen an erheblicher gesellschaftlicher und politischer Bedeutung. Abhängig von Dauer und Intensität der Pflege stoßen sie an ihre Belastungsgrenzen. Pflegenden Angehörige können ihre Lebensqualität und Gesundheit durch Entlastungsleistungen stärken. Die gemeinschaftliche Selbsthilfe als Form des bürgerschaftlichen Engagements bietet ihnen und auch pflegebedürftigen Menschen eine Möglichkeit, sich in Selbsthilfegruppen mit anderen Betroffenen auszutauschen und die Herausforderungen in der Pflegesituation besser zu bewältigen. Die Wirkungen der Pflegeselbsthilfe hat der Gesetzgeber erkannt und eine finanzielle Förderung durch die Pflegeversicherung eingeführt. Der vorliegende Beitrag beschreibt die Umsetzung der pflegebezogenen Selbsthilfeförderung gemäß § 45d SGB XI und macht einen erheblichen Nachholbedarf im Abruf der Fördermittel durch die Länder und Kommunen deutlich. Der Beitrag soll einen Anstoß zur Diskussion über Weiterentwicklungsbedarfe dieser Fördermöglichkeiten geben und Handlungsmöglichkeiten aufzeigen.*

*With an aging population and a rising life expectancy, an increasing number of people require long-term care, while at the same time the number of family caregivers is decreasing. The role of caregivers is gaining social and political significance. Depending on factors such as the duration and intensity of care support needed, caregivers can quickly reach the limit of their capacity to effectively per-*

*form this role. Caregivers can enhance their quality of life and health through relief services. Community support and self-help, as a form of civic engagement, offers both caregivers and those in need of care an opportunity to share experiences with others in similar situations which can enable them to better cope with the challenges of being a caregiver. Recognizing the value and benefits of care-related support and self-help, the legislator has introduced financial support through long-term care insurance. This article describes the current state of the implementation of care-related self-help support according to § 45d SGB XI and highlights a significant backlog in the utilisation of funding by the federal states and municipalities. The article also aims to encourage and stimulate discussion on the need for further development of this support option and to outline potential courses of action.*

## 18.1 Einleitung

Die Entwicklung einer Pflegesituation ist oftmals ein schleichender Prozess durch das Fortschreiten einer Erkrankung oder manchmal auch ein Sprung ins kalte Wasser. Wenn Angehörige pflegebedürftig werden, stellt dies für ihre Familien und Nahestehenden eine besondere Herausforderung dar. Mit der zunehmenden Alterung der Gesellschaft steigt die Zahl der pflegebedürftigen Menschen kontinuierlich. Außer durch das Alter wird das Risiko einer Pflegebedürftigkeit auch entscheidend durch Gesellschaft, Einkommen und Arbeitswelt beeinflusst (Geyer et al. 2021).

Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens pflegebedürftig zu werden, ist hoch. Das Ausscheiden der Babyboomer-Generation aus dem aktiven Berufsleben gefährdet zugleich die Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Vor diesem Hintergrund ist vor allem die Situation der pflegenden Angehörigen von großer gesellschaftlicher Relevanz. Zu ihnen zählen Familienmitglieder, befreundete Menschen, Nachbarinnen und Nachbarn, Nahestehende oder Bekannte, die eine besondere

Bindung aufgrund einer verwandtschaftlichen beziehungsweise emotionalen Beziehung zur pflegebedürftigen Person haben. Bereits vor 30 Jahren wurden pflegende Angehörige in vier Kategorien eingeteilt: Menschen, die pflegende Angehörige sind; Menschen, die in der Vergangenheit pflegende Angehörige waren; Menschen, die in Zukunft pflegende Angehörige sein werden und Menschen, die in Zukunft pflegende Angehörige brauchen werden (Carter und Golant 1994).

Pflege ist keine Randnotiz des Lebens und keine Ausnahme, die nur wenige Menschen betrifft. Irgendwann sind wir alle auf die eine oder andere Weise mit Pflege konfrontiert.

2021 wurden über vier Millionen von insgesamt fünf Millionen pflegebedürftigen Menschen zu Hause versorgt, was 84 % entspricht (Statistisches Bundesamt 2024). Die meisten Menschen haben den Wunsch, so lange wie möglich zu Hause bei ihren vertrauten Angehörigen zu bleiben. Eine Statistik über die Anzahl pflegender Angehöriger in Deutschland existiert nicht. Dennoch wird gegenwärtig von circa fünf bis sieben Millionen Menschen ausgegangen, die die Pflege zu Hause übernehmen (DIW 2023). Angehörige leisten tagtäglich eine unschätzbare Fürsorge für pflegebedürftige Menschen und erbringen damit einen bedeutsamen gesellschaftlichen Beitrag. Bereits im Jahr 2011 hat der Sozialverband VdK Deutschland e. V. berechnet, dass ohne pflegende Angehörige in Deutschland rund 3,2 Mio. mehr Pflegekräfte gebraucht würden. Deren Lohnkosten lägen – je nach zugrunde gelegtem Stundenlohn – bei bis zu 145 Mrd. € jährlich (Fries 2011). Angesichts solcher Kosten wäre das Gesundheits- und Pflegesystem ohne pflegende Angehörige nicht überlebensfähig. Die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen wird durch ihr Engagement sichergestellt. Gleichzeitig stellt es sie vor erhebliche gesundheitliche Herausforderungen. Je nach Dauer und Intensität der Pflegearrangements kommen dabei viele Angehörige an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Sie fühlen sich alleingelassen, über Hilfsmöglichkeiten

schlecht informiert und sind mit der Pflegesituation überfordert – nicht zuletzt, weil sie um ihre Verantwortung und um die kaum bestehenden Alternativen zur ambulanten Langzeitpflege wissen. Ihr Risiko, selbst zu erkranken, ist deutlich erhöht (Bohnet-Joschko und Bidenko 2019). Insbesondere vor dem Hintergrund der Belastungen, denen Angehörige ausgesetzt sind, dem Bewusstsein, dass sie ein zentraler Faktor in der gesundheitlichen Versorgung darstellen und der Kenntnis einer älter werdenden Gesellschaft stellt sich die Frage, welche Handlungsmöglichkeiten es zur Bewältigung der daraus entstehenden Herausforderungen gibt, wenn die Zahl der pflegebedürftigen Menschen weiter steigt und gleichzeitig die Zahl der pflegenden Angehörigen sinkt. In diesem Zusammenhang kommen Entlastungsleistungen ins Spiel, die darauf abzielen, die Lebensqualität und die Gesundheit der Angehörigen zu erhalten und zu fördern.

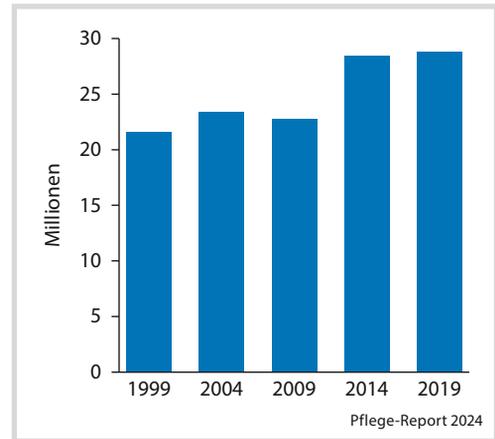
Die gemeinschaftliche Selbsthilfe ist sowohl für pflegebedürftige Menschen als auch für pflegende Angehörige eine Möglichkeit, einen Ausgleich vom Pflegealltag zu erfahren. Selbsthilfegruppen helfen den Betroffenen bei der Bewältigung der Lebenssituation und wirken Isolation und Einsamkeit entgegen. Das Bewusstsein, mit seinen Problemen nicht allein zu sein, verleiht Kraft. Diese Stärke liegt in der gemeinschaftlichen Selbsthilfe, die eine Form des bürgerschaftlichen Engagements darstellt.

Bevor im weiteren Verlauf dieses Beitrags das Engagement in der pflegebezogenen Selbsthilfe eingehender beleuchtet wird, folgen zunächst Ausführungen zum bürgerschaftlichen Engagement und zur gemeinschaftlichen Selbsthilfe im Allgemeinen. Sie bilden die Grundlage für die gesetzliche Verankerung zur Förderung der Selbsthilfe in der sozialen Pflegeversicherung mit dem Ziel, häusliche Pflegearrangements zu stärken. Abschließend werden der Stand der Umsetzung dieser Förderung dargestellt und Weiterentwicklungsbedarfe diskutiert.

## 18.2 Bürgerschaftliches Engagement in Deutschland

Unsere Gesellschaft wird von verschiedenen Konflikten und von bedeutenden Veränderungen in der Bevölkerung herausgefordert. Diese Krisen können nur gemeinsam durch Staat und Gesellschaft gemeistert werden. Eine besondere Bedeutung kommt hier dem bürgerschaftlichen Engagement zu, dem eine tragende Säule in unserer Gesellschaft zugesprochen wird. Das Bundesministerium des Innern und für Heimat beschreibt das Engagement als Motor der Demokratie, das von aktiven Bürgerinnen und Bürgern lebt, die im Sinne des Gemeinwohls mitgestalten (BMI 2024). Um das bürgerschaftliche Engagement in Deutschland weiter zu stärken, hat die Bundesregierung die Deutsche Stiftung für Engagement und Ehrenamt gegründet. So befassen sich Politik und Wissenschaft mit Engagement beziehungsweise Ehrenamt sowie mit seiner Entwicklung.

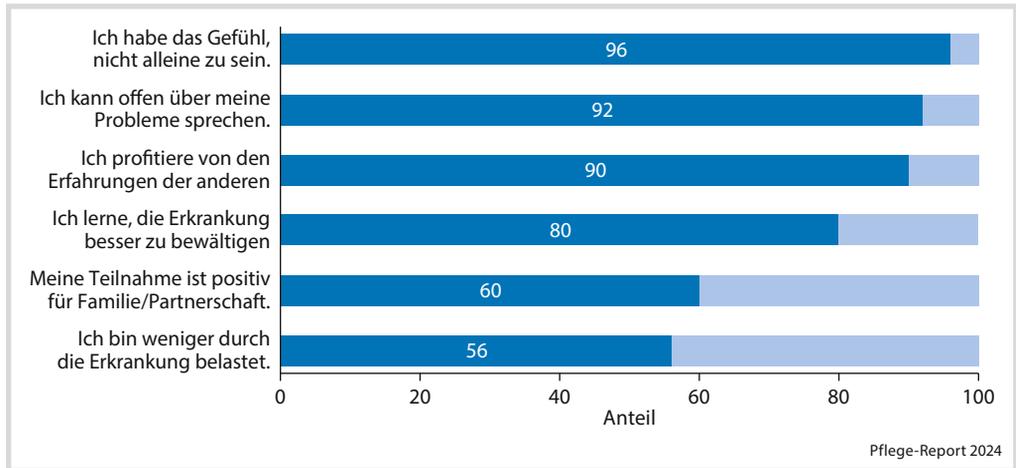
Bürgerinnen und Bürger bringen nicht nur ihre Erfahrungen und Fähigkeiten ein, sondern schenken auch ihre eigene Lebenszeit. Menschen engagieren sich freiwillig für eine Sache, die ihnen am Herzen liegt. Anderen helfen und dabei selbst etwas Positives erleben, sind zentrale Beweggründe für bürgerschaftliches Engagement, das sowohl der einzelnen Person als auch der Gesellschaft zugutekommt. Bürgerschaftliches Engagement zeigt sich in vielen Facetten und ist dabei eng mit dem ehrenamtlichen Engagement verbunden. Es umfasst die aktive Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger an der Ausgestaltung ihres Gemeinwohls und der Gesellschaft im Allgemeinen und schließt sowohl alle Formen der Freiwilligenarbeit, der politischen Beteiligung, der Mitwirkung in Interessengruppen oder Bürgerinitiativen als auch die Unterstützung von sozialen Projekten oder gemeinnützigen Organisationen ein. Auch das klassische Ehrenamt zählt dazu, das sich speziell auf die freiwillige Arbeit bezieht, die eine Person ohne Bezah-



■ **Abb. 18.1** Freiwillig engagierte Personen im Zeitvergleich in Millionen 1999–2019. (Quelle: Freiwilligensurvey; BMFSFJ 2021)

lung leistet und im Sinne der Übernahme eines Amtes, zum Beispiel in Vereinen, Verbänden, Schulen, sozialen oder kirchlichen Einrichtungen, ausgeübt wird (Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement 2024). Der Begriff des Ehrenamtes wird meist allgemein sowohl für das klassische Ehrenamt als auch für das bürgerschaftliche Engagement synonym verwendet. Den unterschiedlichen Engagementformen gemein ist, dass der Einsatz freiwillig und gemeinwohlorientiert erfolgt, die Tätigkeiten im öffentlichen Raum stattfinden und nicht auf materiellen Gewinn ausgerichtet sind (Deutscher Bundestag 2002). Im Jahr 2019 engagierten sich laut aktuellem Freiwilligen-survey 28,8 Mio. Menschen in Deutschland freiwillig und unentgeltlich für das Gemeinwohl. Das entspricht fast 40 % der deutschen Bevölkerung ab 14 Jahren (BMFSFJ 2021; s. ■ Abb. 18.1).

Es gibt viele verschiedene Wege, wie Menschen anderen helfen. Eine Möglichkeit stellt das Engagement in der gemeinschaftlichen Selbsthilfe dar. Es umfasst die Arbeit, die Menschen in Selbsthilfegruppen für sich und andere leisten.



■ **Abb. 18.2** Selbsthilfegruppen: Was bedeutet den Mitgliedern ihre Selbsthilfegruppe? (in %). (Quelle: Kofahl et al. 2018)

### 18.2.1 Engagement in der gemeinschaftlichen Selbsthilfe

In Deutschland engagieren sich schätzungsweise etwa 3,5 Mio. Menschen in 70.000–100.000 örtlichen Selbsthilfegruppen (NAKOS 2024). Von der gemeinschaftlichen Selbsthilfe geht ein besonderes und bedeutungsvolles ehrenamtliches Engagement aus. Grundsatz der Selbsthilfe ist die gegenseitige Unterstützung, das „Geben“ und „Nehmen“ der Aktiven, wodurch die Stärkung des Einzelnen durch das gemeinsame Handeln im Vordergrund steht.

In der Selbsthilfe engagieren sich überwiegend Menschen, die selbst von einem bestimmten Thema betroffen sind – von einer Erkrankung, von Pflegebedürftigkeit, von einem sozialen Problem – oder die ein gemeinsames Anliegen verfolgen, das sie unmittelbar oder mittelbar, zum Beispiel als Angehörige, betrifft.

Eigenverantwortung übernehmen und auf sich selbst achten: Oftmals gelingt dies besser in einer Gruppe aus Gleichbetroffenen. Der Austausch von Erfahrungen und Informatio-

nen steht im Vordergrund. Neben der gemeinsamen Betroffenheit als identitätsstiftendem Element von Selbsthilfegruppen tritt jede engagierte Person als Expertin und Experte der eigenen Sache ein. So ergeben sich Synergien aus dem professionellen System, dessen fachliche Kompetenzen mit lebensweltrelevantem Erfahrungswissen aus der Betroffenenkompetenz bereichert werden (Eisenstecken 2016).

Selbsthilfegruppen sind Solidargemeinschaften und haben eine wechselseitige Wirkung. Sie verkörpern den Effekt, der als „social cure“ („soziales Heilmittel“) bekannt ist. Demnach leben Menschen länger, sind gesünder und glücklicher, wenn sie sich mit anderen verbunden fühlen (Relke 2021).

Die vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte SHILD-Studie belegt die vielfältigen positiven Effekte eines Engagements in Selbsthilfegruppen (Kofahl et al. 2018; s. ■ Abb. 18.2).

Die Gruppenmitglieder entwickeln Selbstmanagementfähigkeiten im Umgang mit Erkrankungen, Pflege und Behinderungen zur Bewältigung ihrer Lebenssituation und sie helfen sich gegenseitig, sich Handlungskompetenzen im Umgang mit dem Versorgungssystem anzueignen.

Sie stehen einander für Prozesse des Modell-Lernens und der sozialen Verstärkung ebenso zur Verfügung wie für Empathie und Konfliktlösung. Selbsthilfegruppen stärken Eigenverantwortung, Selbstbestimmung, Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit.

Indem sie der Isolation und Machtlosigkeit entgegenwirken, bieten Selbsthilfegruppen die Möglichkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe. Selbsthilfegruppen fördern die Gesundheitskompetenz der Gruppenmitglieder und tragen zur gesundheitlichen Prävention bei (DAG SHG 2012). Daher wird die heutige Rolle der Selbsthilfe auch als eine tragende Säule im Gesundheitswesen bewertet. Engagement in der Selbsthilfe gewinnt neben den nach innen gerichteten positiven Wirkungen für die Gruppenmitglieder auch zunehmend an gesellschaftlicher und politischer Relevanz. Selbsthilfeaktive engagieren sich über die Selbsthilfegruppe hinaus durch nach außen gerichtete Aktivitäten. Sie erarbeiten Unterstützungsangebote für andere Betroffene oder werden gesundheitspolitisch oder gesellschaftsrelevant in Interessenvertretungen aktiv. Auch Menschen, die sich freiwillig engagieren, müssen in ihrer Arbeit unterstützt werden. Eine wichtige Anlaufstelle für Selbsthilfegruppen und für an Selbsthilfe interessierte Menschen sind die örtlichen Selbsthilfekontaktstellen. Sie informieren und klären über gemeinschaftliche Selbsthilfe auf und stellen Kontakt zu bestehenden Selbsthilfegruppen her. In Deutschland unterstützen die etwa 330 Selbsthilfekontaktstellen rund 50.000 Selbsthilfegruppen bei ihrem Engagement. Dies wird durch die 800 hauptamtlich Beschäftigten ermöglicht. Darüber hinaus unterstützen circa 400 ehrenamtlich Tätige die Selbsthilfearbeit, sodass Engagement und Ehrenamt auch eine bedeutende Relevanz in der Selbsthilfekontaktstellenarbeit hat (NAKOS 2023a, b).

Selbsthilfekontaktstellen bieten Unterstützung für eine Vielzahl an Themen, die gesundheitliche, psychische und soziale Anliegen betreffen. Menschen, die akut oder chronisch krank sind, Menschen mit Behinderungen sowie deren Angehörige können sich mit

fast jeder Problematik an diese Kontaktstellen wenden, um Gleichgesinnte zu finden und sich in Gruppen zusammenzuschließen.

Die Themen, mit denen Selbsthilfekontaktstellen konfrontiert sind, passen sich den Bedürfnissen der Menschen an, die Unterstützung suchen. Bürgerschaftliches Engagement in der Selbsthilfe verdeutlicht somit immer auch Versorgungslücken im Gesundheitssystem. So zeigt sich seit einigen Jahren eine gesteigerte Nachfrage an Selbsthilfeangeboten im Bereich der Pflege. Es werden Selbsthilfegruppen gegründet, in denen die Pflegesituation im Vordergrund steht.

### 18.2.2 Engagement in der pflegebezogenen Selbsthilfe

Seit jeher engagieren sich Angehörige von erkrankten und pflegebedürftigen Menschen aktiv in der Selbsthilfe, wobei der Fokus ursprünglich auf dem Krankheitsbild lag und weniger auf der Pflegesituation beziehungsweise auf den Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen. Mit der wachsenden Zahl von pflegebedürftigen Menschen stieg auch der Bedarf an Pflegeleistungen. Dies führte dazu, dass immer mehr Angehörige in die Pflege involviert wurden und einige von ihnen das Bedürfnis hatten, sich mit anderen Pflegepersonen auszutauschen. In den letzten Jahren richtet sich der Blick zunehmend auch auf die Pflegesituation, die durch Krankheiten, Behinderungen oder durch die Alterung der Bevölkerung entsteht. Das Pflegearrangement umfasst nicht nur die Pflege selbst, sondern vor allem die emotionalen und psychischen Belastungen, denen pflegebedürftige Menschen und vor allem pflegende Angehörige ausgesetzt sind. Der Begriff „Pflegeselbsthilfe“ hat sich etabliert. „Pflegebedürftige Menschen beziehungsweise ihre Angehörigen schließen sich mit gleichbetroffenen Menschen zusammen, die entweder selbst pflegebedürftig sind oder sich um eine pflegebedürftige Person kümmern, sie pflegen bzw. betreuen. Durch Gespräche bzw. Aktivi-

täten finden sie Hilfe für sich selbst und für die eigene Lebens- und Pflegesituation“ (DAG SHG 2023a).

Unter Pflegeselbsthilfe sind Selbsthilfegruppen für pflegebedürftige Menschen, für deren Angehörige oder für Mischgruppen beider Personenkreise zusammengefasst.

Sich nicht allein gelassen zu fühlen, offen über die Pflegesituation zu sprechen, von den Erfahrungen anderer Menschen zu profitieren und dadurch zu lernen, die Herausforderungen besser zu bewältigen, sind die Kraftquellen der Pflegeselbsthilfe.

Gegenüber den pflegebedürftigen Menschen leisten ihre Angehörigen tagtäglich eine unschätzbare Fürsorge. Für sie bedeutet die Pflege hohe physische, psychische, emotionale, soziale und finanzielle Belastungen. Die Belastungsfaktoren sind erforscht und nachgewiesen. Je nach Dauer und Intensität des Pflegearrangements kommen dabei viele Angehörige an die Grenzen ihrer Belastbarkeit, da sie versuchen, trotzdem Pflege, Haushalt, Kinder und Job unter einen Hut zu bekommen (Bohnet-Joschko 2020).

Pflege-Selbsthilfegruppen können Angehörigen die Möglichkeit zurückgeben, ihre eigenen Interessen, ihr Rollenbild, ihre Belastbarkeit und ihre Kontrolle über das Leben wahrzunehmen. Sie durchlaufen einen Prozess der Bewusstmachung der eigenen Haltung den pflegebedürftigen Menschen gegenüber. Es geht um Klarheit und Transparenz und um bewusste Entscheidungen. Hiervon ausgehend können Angehörige entscheiden, welche Aufgaben sie für pflegebedürftige Menschen übernehmen können, welche Unterstützung organisiert werden muss und welche Freiräume Angehörige für sich brauchen.

Während zum Beispiel Eltern pflegebedürftiger Kinder seit längerer Zeit aktiv in der Selbsthilfe sind, entwickeln sich andere Schwerpunkte erst in den letzten Jahren. So engagieren sich Kinder und junge Erwachsene pflegebedürftiger Eltern, hochaltrige Angehörige genauso wie Angehörige von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, Angehörige mit internationaler Geschichte oder Angehörige,

die aus der Ferne pflegen und betreuen. Vor diesem Hintergrund ist die Gruppe der pflegenden Angehörigen sehr divers und in allen Gesellschaftsschichten und Altersgruppen zu finden.

Pflegende Angehörige können aufgrund der hohen Belastungen, denen sie im Alltag ausgesetzt sind, eine besondere Zielgruppe im Bereich der Selbsthilfe darstellen. Im Unterschied zu vielen gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen tragen die Gruppenteilnehmenden nicht nur Verantwortung für sich selbst, sondern zusätzlich auch für die zu pflegenden Personen. Sie müssen sicherstellen, dass die Pflege auch in ihrer Abwesenheit gewährleistet ist, um an einer Selbsthilfegruppe teilnehmen zu können, was einen erheblichen organisatorischen Aufwand bedeutet. In dieser Situation den Fokus weg von der pflegebedürftigen Person und hin zu sich selbst zu richten, indem Zeitressourcen für das Engagement in einer Selbsthilfegruppe gefunden werden, stellt eine große Herausforderung dar.

Manchmal kann eine helfende Hand unterstützen, die ihnen den Zugang zur Selbsthilfe erleichtert. Pflegende Angehörige benötigen verlässliche Strukturen und Anlaufstellen, um für gemeinschaftliche Selbsthilfe sensibilisiert und motiviert zu werden. Hierbei können die themenübergreifenden Selbsthilfekontaktstellen helfen. Sie können Menschen in Pflege erreichen und ihre Selbsthilfepotenziale wecken (Helms 2016). Sie informieren Interessierte, vermitteln Kontakte zu anderen pflegenden Angehörigen oder stellen Räume für Gruppentreffen zur Verfügung. Sie unterstützen bei der Gruppengründung, geben den Gruppen einen verlässlichen Rahmen und helfen bei organisatorischen und administrativen Aufgaben. Mitarbeitende der Kontaktstellen können etwa eine Gruppe kontinuierlich begleiten oder Kooperationen mit anderen örtlichen Informationsstellen wie Pflegestützpunkten aufbauen. 80 % dieser Selbsthilfekontaktstellen vermitteln an Selbsthilfegruppen im Bereich Pflege, von denen es insgesamt über 1.600 gibt (DAG SHG 2023b).

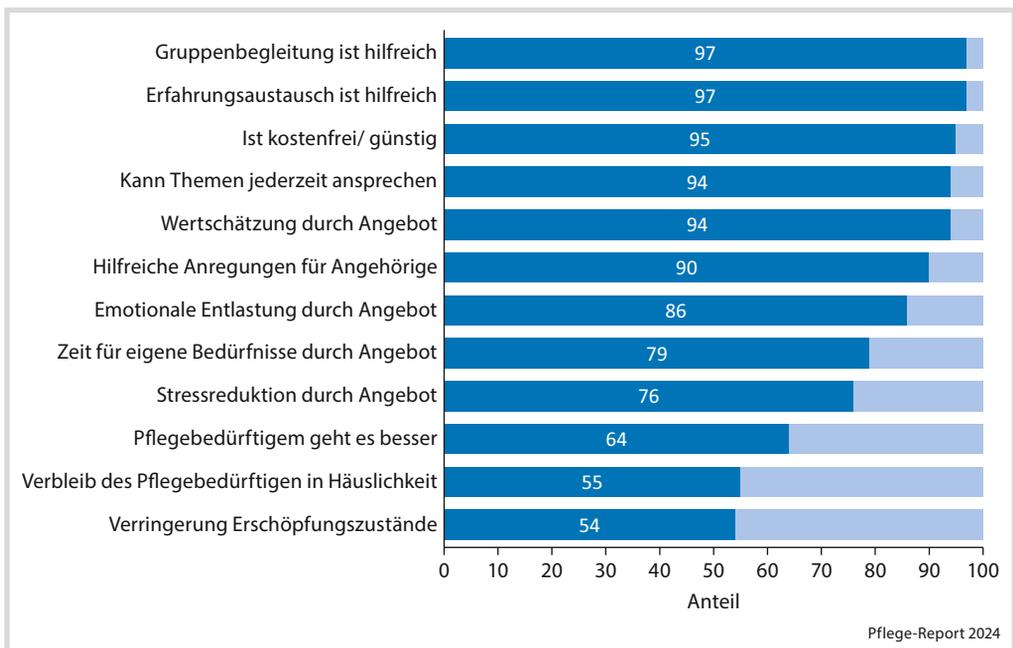
In fünf Bundesländern hat sich eine zusätzliche Struktur in der Kontaktstellenlandschaft etabliert, um den Unterstützungsbedarf pflegebedürftiger Menschen und pflegender Angehöriger auffangen zu können. So existieren in Berlin, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Rheinland-Pfalz spezielle Selbsthilfekontaktstellen, die sich ausschließlich mit dem Thema Pflegeselbsthilfe befassen. Diese Selbsthilfekontaktstellen heißen in Berlin zum Beispiel Kontaktstellen PflegeEngagement, in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz Kontaktbüros Pflegeselbsthilfe, in Sachsen-Anhalt Selbsthilfekontaktstellen Pflege und in Sachsen Pflege-Selbsthilfekontaktstellen. Ihnen allen ist gemein, dass sie der pflegebezogenen Selbsthilfe noch mehr Beachtung schenken möchten.

Einige dieser speziellen Pflegeselbsthilfekontaktstellen integrieren entweder Mitarbeitende der Kontaktstellen oder ehrenamtlich tätige Menschen in die Gruppenarbeit, um dem höheren und zum Teil anders gelagerten Un-

terstützungsbedarf begegnen zu können. Sie helfen bei der Gruppengründung, organisieren die Treffen oder gewährleisten eine regelmäßige Begleitung der Pflegeselbsthilfegruppen, indem sie zum Beispiel die Moderation oder die Koordination der Gruppe übernehmen. Damit stärken sie die Gruppenbeständigkeit und die Gruppenmitglieder fühlen sich nicht unter Druck gesetzt, zusätzliche Aufgaben und Verantwortung für die Gruppe übernehmen zu müssen (Heuel 2019).

Das Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung Berlin, das die Kontaktstellen PflegeEngagement koordiniert, hat 2019 eine Evaluation der Pflegeselbsthilfegruppen durchgeführt. Neben dem Erfahrungsaustausch bewerteten die Angehörigen mit über 97 % die Gruppenbegleitung als besonders hilfreich (Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung 2019; s. [Abb. 18.3](#)).

Ehrenamtlich tätige Menschen im Engagementfeld Pflegeselbsthilfe berichten Motive wie „etwas Sinnvolles tun“, „der Gesellschaft



**Abb. 18.3** Bewertung von Angehörigengruppen (in %). (Quelle: Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung 2019)

etwas zurückgeben“ sowie den Wunsch nach Kontakt und Einbindung. Außerdem kann ein Engagement dabei helfen, nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben einen neuen Sinn im Leben zu finden und Wertschätzung zu erfahren. Doch auch das Engagement und Ehrenamt im Bereich der Pflegeselbsthilfe befindet sich durch die gesellschaftlichen Veränderungen im Wandel und benötigt Unterstützung, zum Beispiel in Form von konkreten Ansprechpersonen durch das Hauptamt, das Hilfe und Sicherheit vermittelt sowie mit Anerkennung und Wertschätzung für das Geleistete begegnet (Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung 2023).

### 18.3 Förderung der Pflegeselbsthilfe

Da die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen überwiegend von deren Angehörigen sichergestellt wird, nimmt die Pflegeselbsthilfe eine zentrale Rolle in der Versorgung und im Pflegesystem ein. Pflegeselbsthilfe kann dazu beitragen, die Gesundheit der Angehörigen zu fördern, den Verbleib der pflegebedürftigen Person in der Häuslichkeit zu unterstützen und stationäre Pflege zu verzögern oder gar zu verhindern.

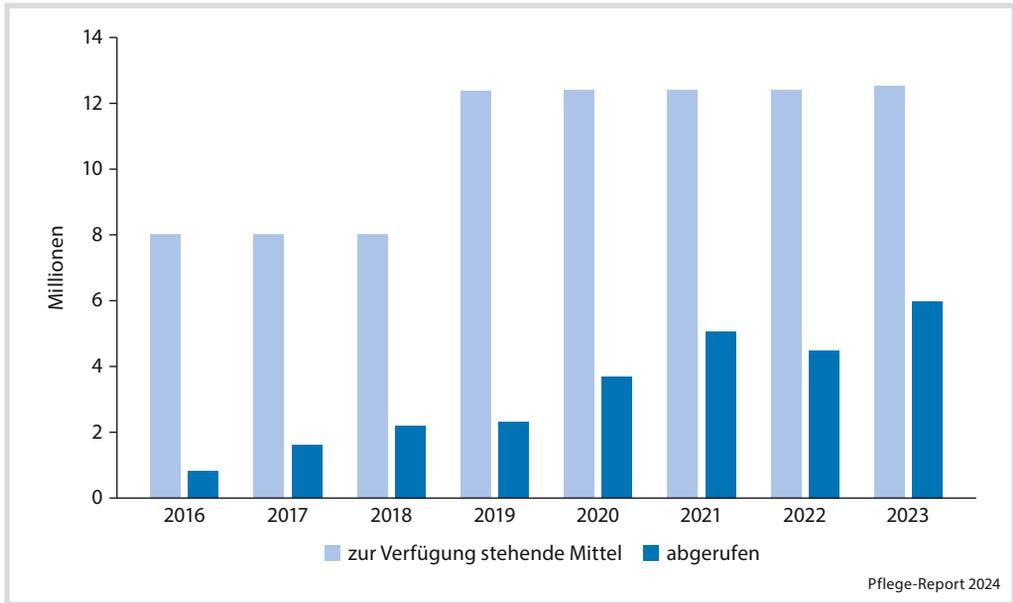
Der Gesetzgeber hat die positiven Wirkungen gemeinschaftlicher Selbsthilfe für pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige erkannt. Seit Verabschiedung des Pflegeversicherungs-Weiterentwicklungsgesetzes 2008 besteht gemäß § 45d SGB XI die Möglichkeit einer finanziellen Förderung für die pflegebezogene Selbsthilfe. Insgesamt stellt die Pflegeversicherung Fördermittel in Höhe von 15 Cent je Versicherten zur Verfügung. Bis zu 14 Cent dienen dem Ausbau und ein Cent unterstützt die Neugründung beziehungsweise den Aufbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie von deren Angehörigen und Nahestehenden zum Ziel gesetzt

haben (Bundesministerium der Justiz 2024). Die Absicht der im Elften Sozialgesetzbuch formulierten Förderung ist, die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen zu verbessern sowie familiäre Pflegearrangements zu unterstützen. Darüber hinaus soll es mithilfe des Gesetzes gelingen, dass pflegebedürftige Menschen, sofern sie dies wünschen, möglichst lange zu Hause bleiben können.

#### 18.3.1 Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen

Mit 14 Cent je Versicherten umfasst der Förderatbestand des Ausbaus von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen den umfangreicheren Teil der Förderung gemäß § 45d Satz 1 SGB XI. Eine Besonderheit bei dieser Förderung ist die finanzielle Beteiligung der privaten Pflegeversicherung sowie der Länder und Kommunen. Mit dieser Förderregelung wollte der Gesetzgeber verdeutlichen, dass Pflege als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden muss. Das Gesetz schreibt vor, dass der Mitteleinsatz der Länder oder Kommunen eine notwendige Bedingung für die Freigabe der Fördermittel der Pflegekassen ist. Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen beträgt die von Ländern oder Kommunen bewilligte Fördersumme mindestens ein Viertel der gesamten Fördersumme. Diese prozentuale Verteilung begrenzt gleichzeitig die maximale Fördersumme, die für eine Maßnahme erreicht werden kann.

Jedes Bundesland regelt anhand der jeweils erlassenen Rechtsverordnung und Förderrichtlinie zur Förderung der pflegebezogenen Selbsthilfe individuell, ob und wie Fördergelder für Selbsthilfegruppen, -kontaktstellen und -organisationen eingesetzt werden können. Im Allgemeinen sind Raummiete und Büroausstattung, Medien oder Schulung der Gruppenmitglieder für Selbsthilfegruppen förderfähig. Zu weiteren förderfähigen Maßnahmen der Selbsthilfekontaktstellen und -organi-



**Abb. 18.4** Abgerufene Fördermittel gemäß § 45d Satz 1 und 3 SGB XI von 2016 bis 2023 (in Mio.) (eigene Darstellung beruhend auf Veröffentlichungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung)

sationen können zum Beispiel Personalkosten und Sachkosten wie Öffentlichkeitsarbeit oder Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen zählen.

In allen Bundesländern wurden durch entsprechende Rechtsverordnungen die haushaltsrechtlichen Voraussetzungen geschaffen, dennoch zeigen die ausgezahlten Fördersummen eine große Heterogenität. Von insgesamt bis zu 12,52 Mio. €, die allein die Pflegekassen 2023 für den Auf- und Ausbau zur Verfügung hätten stellen können, konnten letztlich nur 5,98 Mio. € für die Selbsthilfeförderung ausgegeben werden (Bundesamt für Soziale Sicherung 2024). Das ergibt einen prozentualen Anteil von nur 47,8 % der zur Verfügung stehenden Fördermittel, wobei diese verausgabte Summe bereits Gelder beinhaltet, die 2021 und 2022 nicht geflossen sind und in das Jahr 2023 übertragen und dann ausgegeben wurden. Diese Möglichkeit der Übertragung der Fördermittel verfälscht die Angabe eines prozentualen Anteils. Dennoch verdeutlicht diese Sachlage, dass der reelle Prozentsatz so-

gar um ein Wesentliches niedriger liegt, da sich die zur Verfügung stehenden Mittel entsprechend aus den Übertragungen aus 2021 und 2022 sowie aus den regulären Fördermitteln für 2023 zusammensetzen. Die konkreten Fördermittelaufstellungen im Detail werden leider nicht veröffentlicht.

Obwohl insgesamt eine positive Entwicklung beim Abruf der Fördermittel zu beobachten ist, rufen die Länder mit einem Anteil von weit unter 50 % in den letzten Jahren das Potenzial dieser Gelder bei Weitem nicht wie erhofft ab (s. [Abb. 18.4](#)).

### 18.3.2 Aktueller Stand der Umsetzung

Eine Ursache für dieses Missverhältnis sind die sehr geringen Fördersummen, die von einigen Ländern und Kommunen für einzelne Maßnahmen bereitgestellt werden. Da die Kassen nicht befugt sind, ihren Teil der Fördersumme nach Bedarf festzulegen, dürfen sie

nur ihre 75 % beitragen, ausgehend von der bereitgestellten Summe des Landes. Steuert das Land also nur einen geringen Beitrag bei, bleibt auch die Gesamthöhe der Fördermaßnahme entsprechend klein.

Ein weiterer Grund für den geringen Mittelabruf ist eine Förderpraxis, die dem Fördergegenstand nicht gerecht wird. So wird insbesondere der unverhältnismäßig hohe bürokratische Aufwand sowohl bei der Antragstellung als auch bei der Verwendungsnachweisführung kritisiert, der in keinem Verhältnis zu den gewährten Fördermitteln steht. Außerdem werden die langen Bewilligungszeiträume von bis zu zwölf Monaten sowie die festgelegten Höchstbeträge der Antragssummen kritisiert. Oftmals ist die von den Ländern zur Verfügung gestellte maximale Fördersumme nicht ausreichend, um die für die inhaltliche Arbeit anfallenden Kosten auch nur annähernd zu decken (Schödwell 2022).

Auch beim zweiten Fördertatbestand, der Förderung des Aufbaus von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen gemäß § 45d Satz 3 SGB XI, besteht ein erheblicher Nachholbedarf beim Abruf der zustehenden Fördermittel. Das Budget von einem Cent je Versicherten wird als Gründungszuschuss für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen gewährt. Die Förderung erfolgt durch die soziale und private Pflegeversicherung ohne Mitfinanzierung der Länder und Kommunen. Da diese Fördermittel lediglich als Anschubfinanzierung fungieren, müsste nach Abschluss des Gründungsprozesses die Länderförderung eintreten, um ein nachhaltiges Engagement zu gewährleisten. Wegen der unsicheren Fördersituationen in den meisten Ländern Deutschlands wird diese Fördermöglichkeit kaum in Anspruch genommen.

Die Absicht des Gesetzgebers, die Strukturen der Pflegeselbsthilfe finanziell zu unterstützen und dadurch die Pflegequalität nachhaltig zu verbessern, ist nicht ausreichend erfüllt.

Dabei zeigt die gesundheitsbezogene Selbsthilfeförderung gemäß § 20h SGB V, dass es auch besser geht: Die Auszahlung der

Fördersummen erfolgt zügig und die Mittel werden in ausreichender Höhe bereitgestellt. Während diese Förderung 1993 als Kann-Leistung eingeführt wurde, sind die Krankenkassen seit 2008 gesetzlich verpflichtet, diese Unterstützung zu leisten (Schödwell und Hundertmark-Mayser 2024).

## 18.4 Zusammenfassung und Fazit

Füreinander da zu sein ist ein wesentlicher Bestandteil des sozialen Zusammenhalts, der unsere Gesellschaft festigt. Wir leben in einer fürsorglichen Gemeinschaft, die sich um ihre pflegebedürftigen Menschen kümmert. Täglich wird dieser Zusammenhalt generationenübergreifend gelebt. Viele pflegende Angehörige empfinden diese Aufgabe auch als Bereicherung. Mit ihrem Engagement bewältigen sie jedoch nicht nur ihre individuelle Pflegesituation, sondern sichern durch die Übernahme der Pflege auch die gesamtgesellschaftliche pflegerische Versorgung in Deutschland. Pflegende Angehörige sind und bleiben ein zentraler Faktor im Pflegesystem. Dafür verdienen sie unbedingte Wertschätzung. Doch sie dürfen nicht mit der gewaltigen Aufgabe, eine oder mehrere Personen zu pflegen, allein gelassen werden. Um informelle Pflegearrangements zukünftig zu stabilisieren und zu stärken, müssen noch verlässlichere Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Gemeinschaftliche Selbsthilfe fördert selbstorganisiertes und eigenverantwortliches Handeln bei Betroffenen und bietet ganzheitlich wirksame Unterstützung. Insbesondere Pflegepersonen profitieren von dem gegenseitigen Austausch unter Gleichgesinnten.

Der Gesetzgeber hat die Fähigkeiten der Pflegeselbsthilfe verstanden und einen separaten Fördertopf für die Unterstützung der Selbsthilfe durch die soziale Pflegeversicherung geschaffen. Mit der Einführung dieses zusätzlichen Förderweges wollte er die Selbsthilfe für pflegende Angehörige stärken. Die Förderung entfaltet sich deutschlandweit betrachtet allerdings nicht wie gewünscht. Auch

eine Gesetzesänderung im Jahr 2019, initiiert durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG), durch die das Budget von 10 Cent auf 15 Cent pro Versicherten sowie den Anteil der Pflegeversicherung von 50 % auf 75 % erhöht und gleichzeitig der Mitteleinsatz der Länder von 50 % auf 25 % reduziert wurden, führte nur zu einem langsam wachsenden Abruf der Fördermittel. Insbesondere steht die Gestaltung der Förderbedingungen im Widerspruch zu einer niedrighschwelligem und flächendeckenden Entlastung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen. Nach derzeitiger Gesetzeslage steuern die Länder die Förderung, indem sie Fördermittel in Form von freiwilligen Leistungen für die Selbsthilfe gemäß § 45d SGB XI bereitstellen oder eben nicht. In der Praxis ergeben sich viele Probleme, die endlich gelöst werden müssen.

Ein möglicher Ansatz, um sicherzustellen, dass alle Länder ihren Beitrag zur Förderung leisten, wäre, sie zu einer Beteiligung von mindestens 25 % zu verpflichten. Sollte dies aufgrund der prekären Haushaltslagen der Länder nicht möglich sein, könnte ein weiterer Ansatz darin bestehen, dass die Pflegekassen verpflichtet werden, ihren 75-prozentigen Anteil unabhängig von der Landesförderung auszu zahlen. Ein weiteres Problem liegt in der individuellen Gestaltung der Landesverordnungen, die zu unterschiedlichen und ungleichen Fördervoraussetzungen in den einzelnen Ländern führen. Eine einheitliche bundesweite Rechtsverordnung könnte gleiche Fördervoraussetzungen gewährleisten. Darüber hinaus ist es zwingend erforderlich, unnötige bürokratische Hürden abzubauen. Eine Möglichkeit wäre, die Hauptverantwortung für diese Förderung der Pflegeversicherung zu übertragen, sodass das gesamte Förderverfahren von der Pflegeversicherung übernommen wird, immerhin zahlen sie mit 75 % den Hauptanteil der Förderung. Wenn die Länder als Fördermittelgeber ausgeschlossen würden, würde das zu einem erheblichen Bürokratieabbau führen. Eine Kürzung der Fördermittel um den Anteil der Länder ist jedoch keine Option. Stattdessen wäre es notwendig, die zur Verfügung gestell-

ten Summen zu erhöhen. Außerdem ist es ein großer Erfolg, dass sowohl die Länder als auch die gesetzliche und private Pflegeversicherung in die Finanzierung einbezogen werden. Die Möglichkeiten dieser Förderung bietet Chancen, die von den Ländern und Kommunen allerdings besser als bislang genutzt werden sollten.

Jede Vermeidung einer stationären Pflege spart Kosten – Geld, das für das Engagement und die Förderung der Pflegeesbsthilfe eingesetzt werden könnte. Es darf nicht vergessen werden, dass Selbsthilfeaktive freiwillig und ohne Lohn tätig sind und ihre Leistungsfähigkeit mitunter aufgrund einer Krankheit, Behinderung oder durch die Belastungen in der Pflege begrenzt ist. Bürgerschaftliches Engagement, auch im Bereich der Selbsthilfe, kann die staatliche Verantwortung nicht ersetzen. Die Engagierten dürfen nicht die Lücken füllen müssen, die durch politische Versäumnisse entstehen und die Lösung für den Fachkräftemangel oder den demographischen Wandel darstellen (Brinkmann 2023).

Der doppelte demographische Wandel erfordert Anpassungen in der Politik und Gesellschaft, um die Bedürfnisse einer alternden Bevölkerung zu erfüllen und gleichzeitig die Belastungen für die jüngeren Generationen zu bewältigen. Engagierte Menschen sind bereit, aktiv zur Lösung der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen beizutragen. Einzelne Unternehmen bieten Beschäftigten bereits die Möglichkeit, abschlagsfrei vorzeitig aus dem Berufsleben auszuscheiden, wenn sie sich für den „Engagierten Ruhestand“ entscheiden und Arbeitsstunden ehrenamtlich leisten.

Erreichen die Babyboomer ihren Renteneintritt, bestehen Chancen, dass sie aufgrund der steigenden Lebenserwartung eine längere Zeit in Rente beziehungsweise Ruhestand verbringen. Sie verfügen über die wichtigsten Ressourcen für ein ehrenamtliches Engagement: Zeit. Dazu müssen sie in ihrem Engagement und auch die Einrichtungen, in denen sie tätig werden können, unterstützt, gestärkt und gefördert werden, vor allem mit einer angemessenen und verlässlichen Förderung.

## Literatur

- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2021) Freiwilliges Engagement in Deutschland. Zentrale Ergebnisse des Fünften Deutschen Freiwilligensurveys, Berlin. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/176836/7dfifa0b4816c6c652fec8b9eff5450b6/frewilliges-engagement-in-deutschland-fuenfter-freiwilligensurvey-data.pdf>. Zugegriffen: 26. Juli 2024
- BMI – Bundesministerium des Innern und für Heimat (2024) Die Bedeutung von Ehrenamt und bürgerschaftlichem Engagement, Berlin. <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/heimat-integration/buergerschaftliches-engagement/bedeutung-engagement/engagement-artikel.html>. Zugegriffen: 26. Juli 2024
- BMJ – Bundesministerium der Justiz (2024) Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) § 45d Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung. [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_11/\\_45d.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_45d.html). Zugegriffen: 26. Juli 2024
- Bohnet-Joschko S (2020) Zielgruppenspezifische Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige. Transferbericht. Universität Witten/ Herdecke, Witten
- Bohnet-Joschko S, Bidenko K (2019) Pflegende Angehörige: Hoch belastet und gefühlt allein gelassen. *Dtsch Ärztebl* 116(46):20. <https://doi.org/10.3238/PersOnko.2019.11.15.04> (Perspektiven der Onkologie 3/2019)
- Brinkmann D (2023) Bürgerschaftliches Engagement in der gesundheitsbezogenen, gemeinschaftlichen Selbsthilfe. *Impulse* 122/2024:14–15
- Bundesamt für Soziale Sicherung (2024) Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung – Fördergeldzahlungen nach Ländern. [https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Ausgleichsfonds/20240618\\_Foerdergelder\\_2023.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Ausgleichsfonds/20240618_Foerdergelder_2023.pdf). Zugegriffen: 26. Juli 2024
- Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement (2024) Was ist der Unterschied zwischen Ehrenamt und Engagement? [https://www.b-b-e.de/faq?type=atom%27nvOpzp%3B%20AND%201%3D1%20OR%20%28%3C%27%22%3EiKO%29%29%2C%2Ffileadmin%2FRedaktion%2F05\\_Newsletter%2F01\\_BBE\\_Newsletter%2F2020%2F3%2F2020-03-26-Beschluss\\_KOA\\_Konferenz\\_zur\\_Zukunft\\_Europas.pdf%2C1709409086](https://www.b-b-e.de/faq?type=atom%27nvOpzp%3B%20AND%201%3D1%20OR%20%28%3C%27%22%3EiKO%29%29%2C%2Ffileadmin%2FRedaktion%2F05_Newsletter%2F01_BBE_Newsletter%2F2020%2F3%2F2020-03-26-Beschluss_KOA_Konferenz_zur_Zukunft_Europas.pdf%2C1709409086). Zugegriffen: 26. Juli 2024
- Carter R, Golant S (1994) *Helping yourself help others: a book for caregivers*. Times Books, New York
- DAG SHG – Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e V (2012) *Stellungnahme der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e V zu den Kernaussagen des Dialogforums „Haupt- und Ehrenamt in der Pflege: Freiwilligenmanagement zwischen zivilgesellschaftlichem Mehrwert und gesellschaftspolitischen Herausforderungen“* vom 9. Dezember 2011 in Berlin. <https://www.dag-shg.de/data/Texte/2011/DAGSHG-Stellungnahme-Dialogforum-Pflege.pdf>. Zugegriffen: 26. Juli 2024
- DAG SHG – Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e V (2023a) *Pflegeselbsthilfe*. In: NAKOS (Hrsg) *Selbsthilfe unterstützen*. Das Fachportal. <https://selbsthilfe-unterstuetzen.de/lexikon/#pflegeselbsthilfe>. Zugegriffen: 26. Juli 2024
- DAG SHG – Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e V (2023b) *Pflege-Selbsthilfegruppen in Deutschland*. [https://www.dag-shg.de/data/Materialien/2023/DAGSHG\\_FactSheet\\_PSH.pdf](https://www.dag-shg.de/data/Materialien/2023/DAGSHG_FactSheet_PSH.pdf). Zugegriffen: 26. Juli 2024
- Deutscher Bundestag (2002) *Bericht der Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“*, Bürgerschaftliches Engagement: auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft, Berlin. <https://dserver.bundestag.de/btd/14/089/1408900.pdf>. Zugegriffen: 26. Juli 2024
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (2023) *ocio-Economic Panel (SOEP)*. Daten für die Jahre 1984–2021. Version 38. DIW, Berlin
- Eisenstecken E (2016) *Freiwillige Helferinnen und Helfer in Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeinitiativen Umbruch? Krise? Oder ein möglicher Weg zur Bewältigung von Anforderungen?* In: *Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e V (Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2016*. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e V, Gießen, S 87–91
- Fries KH (2011) 6. *Soziales Forum des Sozialverbands VdK Nordrhein-Westfalen zum Thema Pflege-Armut: Folge der Pflege-, Gesundheits- und Grundsicherungsreformen?* <http://www.armutsnetzwerk.de/netzwerk-2014/home/gesundheits/101-so-spart-der-staat-an-der-pflege-pflegende-angehoerige-machen-den-job-von-3-2-millionen-vollzeit-pflegekraeften>. Zugegriffen: 26. Juli 2024
- Geyer J, Haan P, Kröger H, Schaller M (2021) *Pflegebedürftigkeit hängt von der sozialen Stellung ab*. *Diw Wochenbericht*. [https://doi.org/10.18723/diw\\_wb:2021-44-1](https://doi.org/10.18723/diw_wb:2021-44-1)
- Helms U (2016) *Möglichkeiten und Notwendigkeiten zur Umsetzung der Förderung der Selbsthilfe und des komplementären bürgerschaftlichen Engagements im Bereich Pflege und Gesundheit vor dem Hintergrund des demografischen Wandels*. *Deutscher Bundestag*. 26. Sitzung des Unterausschusses „Bürgerschaftliches Engagement“, Fachgespräch zum Thema „Bürgerschaftliches Engagement im Bereich Pflege und Gesundheit“. <https://www.dag-shg.de/data/Texte/2016/NAKOS-Helms-Engagement-und-Pflege.pdf>. Zugegriffen: 26. Juli 2024

- Heuel L (2019) Pflegeselbsthilfe im Projekt Kompetenz-Netz Angehörigenunterstützung und Pflegeberatung NRW (KoNAP). In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e V (Hrsg) Selbsthilfegruppen-jahrbuch 2019. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e V, Gießen, S 80–85
- Kofahl C, Schulz-Nieswandt F, Dierks M-L (2018) SHILD-Studie – Gesundheitsbezogene SelbstHILfe in Deutschland. Entwicklungswirkungen-Perspektiven, Berlin. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere\\_Ergebnisse\\_SHILD.PDF](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Ergebnisse_SHILD.PDF). Zugegriffen: 26. Juli 2024
- Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung (2019) Pflege-Selbsthilfe. Unterstützung für Angehörige in Berlin, 1. Aufl. Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung, Berlin
- Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung (2023) Fachtag Pflege braucht Unterstützung. Ehrenamtliches Engagement im Wandel, 1. Aufl. [https://www.pflegeunterstuetzung-berlin.de/fileadmin/files/Pflege/Dokumente\\_Pflege/KPU/Oeffentlichkeit/KPU\\_Broschuere\\_korr1.pdf](https://www.pflegeunterstuetzung-berlin.de/fileadmin/files/Pflege/Dokumente_Pflege/KPU/Oeffentlichkeit/KPU_Broschuere_korr1.pdf). Zugegriffen: 26. Juli 2024
- NAKOS (2023a) Darum geht es in der Gruppenselbsthilfe. <https://www.nakos.de/informationen/basiswissen/selbsthilfe/>. Zugegriffen: 26. Juli 2024
- NAKOS (2023b) Fact Sheet Selbsthilfekontaktstellen in Deutschland. <https://www.nakos.de/data/Texte/2023/NAKOS-FactSheet-RA-2023.pdf>. Zugegriffen: 26. Juli 2024
- NAKOS (2024) Was sind Selbsthilfeorganisationen? <https://www.nakos.de/informationen/basiswissen/selbsthilfeorganisationen/>. Zugegriffen: 26. Juli 2024
- Relke S (2021) Die Selbsthilfegruppe – ein völlig unterschätztes medizinisches Wundermittel (DLH info 74/2021)
- Schödwell A (2022) Förderung der gemeinschaftlichen Selbsthilfe von pflegenden Angehörigen nach § 45d SGB XI. In: NAKOS (Hrsg) NAKOS INFO 125. Selbsthilfe und Politik. <https://www.nakos.de/data/Fachpublikationen/2022/NAKOS-INFO-125.pdf>. Zugegriffen: 26. Juli 2024
- Schödwell A, Hundertmark-Mayser J (2024) Bürokratiemonster. In: Abteilung Pflege des AOK-Bundesverbandes (Hrsg) G+G Spezial. Hilfe für helfende Hände. Selbsthilfe für pflegende Angehörige. [https://www.aok.de/pp/fileadmin/bereiche/unternehmenskommunikation/Agenda/Selbsthilfe/Selbsthilfe\\_Fachtagungen/Fachtagung\\_2023\\_2024/23-0623\\_G\\_G\\_Spezial\\_Selbsthilfe\\_BF\\_Version.pdf](https://www.aok.de/pp/fileadmin/bereiche/unternehmenskommunikation/Agenda/Selbsthilfe/Selbsthilfe_Fachtagungen/Fachtagung_2023_2024/23-0623_G_G_Spezial_Selbsthilfe_BF_Version.pdf). Zugegriffen: 26. Juli 2024
- Statistisches Bundesamt (2024) Mehr Pflegebedürftige. Über 80 % werden zu Hause versorgt. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html>. Zugegriffen: 26. Juli 2024

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



# Daten und Analysen

## Inhaltsverzeichnis

- Kapitel 19**    **Pflegebedürftigkeit in Deutschland – 269**  
*Sören Matzk, Chysanthi Tsiasioti, Susann Behrendt,  
Kathrin Jürchott, Felipe Argüello Guerra und  
Antje Schwinger*



# Pflegebedürftigkeit in Deutschland

*Sören Matzk, Chysanthi Tsiasioti, Susann Behrendt,  
Kathrin Jürchott, Felipe Argüello Guerra und Antje Schwinger*

## Inhaltsverzeichnis

- 19.1 Datengrundlage und Methodik – 270**
- 19.2 Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit – 271**
  - 19.2.1 Prävalenz der Pflegebedürftigkeit – 271
  - 19.2.2 Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit – 273
  - 19.2.3 Ambulante Unterstützungs- und Entlastungsleistungen – 277
- 19.3 Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen – 284**
  - 19.3.1 Ambulante ärztliche Versorgung – 284
  - 19.3.2 Versorgung mit häuslicher Krankenpflege in der ambulanten Pflege – 287
  - 19.3.3 Stationäre Versorgung – 289
  - 19.3.4 Versorgung mit Arzneimitteln – 292
  - 19.3.5 Versorgung mit Heilmittelleistungen – 298
- Literatur – 304**

## ■ ■ Zusammenfassung

*Der Beitrag liefert ein ausführliches Bild zum Stand der Pflegebedürftigkeit und der gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen in Deutschland. Die Analysen basieren auf GKV-standardisierten AOK-Daten. Sie zeigen Prävalenz, Verläufe und Versorgungsformen der Pflege sowie Kennzahlen zur gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen. Im Fokus stehen die Inanspruchnahme von ärztlichen und stationären Leistungen, Polymedikation und Verordnungen von PRISCUS-Wirkstoffen und Psychopharmaka. Die Ergebnisse werden der Versorgung der Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters gegenübergestellt und differenziert nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungssetting ausgewiesen.*

*The article provides empirical insights on the scope and state of long-term care services in Germany. This includes health service provision for persons in need of care. The article lays out key figures regarding the prevalence, pathways and forms of care based on standardised AOK statutory health insurance data. An additional focus lies on the use of outpatient and inpatient health care services as well as on polypharmacy and prescriptions of PRISCUS medication and psychotropic drugs. Findings are contrasted with data on members of the same age group who are not in need of care and discussed in relation to the severity of the need of care and the care provision setting.*

## 19.1 Datengrundlage und Methodik

Die Analysen basieren auf verschlüsselten Abrechnungsdaten der AOK. Für die soziale Pflegeversicherung (SPV) steht dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) seit 2015 ein bundesweiter Datensatz zur Verfügung. Diesen Daten ist der Personenbezug entzogen, sie können aber sowohl jahresübergreifend als auch in Kombination mit wei-

teren im WiDO vorliegenden Abrechnungsinformationen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) analysiert werden. Für die Datenjahre 2020 bis 2022 ist zu berücksichtigen, dass die Covid-19-Pandemie die ansonsten über die Jahre relativ konstanten Inanspruchnahme-Muster und damit einhergehenden dokumentierten Abrechnungsinformationen und Diagnosen verändert hat. Für alle dargelegten Analysen gilt insofern, dass die Effekte der Pandemie bei der Interpretation der beschriebenen Versorgungsaspekte und insbesondere der beobachteten Veränderungs-raten zum Vorjahr zu berücksichtigen sind. An einigen Stellen wurden nochmals explizit entsprechende Hinweise ergänzt. Für die Standardisierung der AOK-Routinedaten wurde die amtliche Statistik über die Versicherten der GKV (KM 6) mit dem Erhebungsstichtag 1. Juli eines Jahres verwendet. Die Darstellung der AOK-Routinedaten erfolgt demnach so, als würden die AOK-Versicherten bezogen auf Fünf-Jahres-Altersklassen die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur wie die gesamte gesetzlich krankenversicherte Bundesbevölkerung aufweisen. Verzerrungen der Ergebnisse durch Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen AOK- und GKV-Population sind damit ausgeglichen und die Übertragbarkeit der Informationen wird erhöht. Für andere Einflussgrößen auf die Inanspruchnahme von Pflege- oder Gesundheitsleistungen gilt dies nicht. An einigen Stellen wird auf die amtliche Statistik PG 2 „Leistungsempfänger nach Pflegegraden, Altersgruppen und Geschlecht“ des Bundesministeriums für Gesundheit zurückgegriffen. Die PG 2 ist als stichtagsbezogene Statistik von allen SPV-Trägern zum 30. Juni bzw. 31. Dezember zu erstellen und zu melden. Die statistischen Berechnungen und graphischen Aufbereitungen wurden mit Hilfe der Statistiksoftware R (4.2.2) unter Verwendung folgender Pakete erstellt: RODBC (1.3–20), dplyr (1.1.1), tidyverse (2.0.0), maptools (1.1–6), rgdal (1.6–6) und ggplot2 (3.4.2).

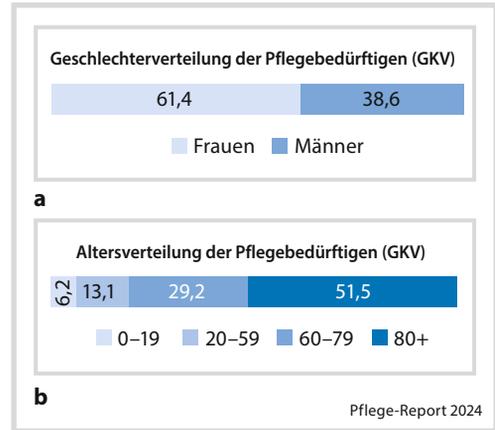
## 19.2 Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigen

### 19.2.1 Prävalenz der Pflegebedürftigen

#### Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht

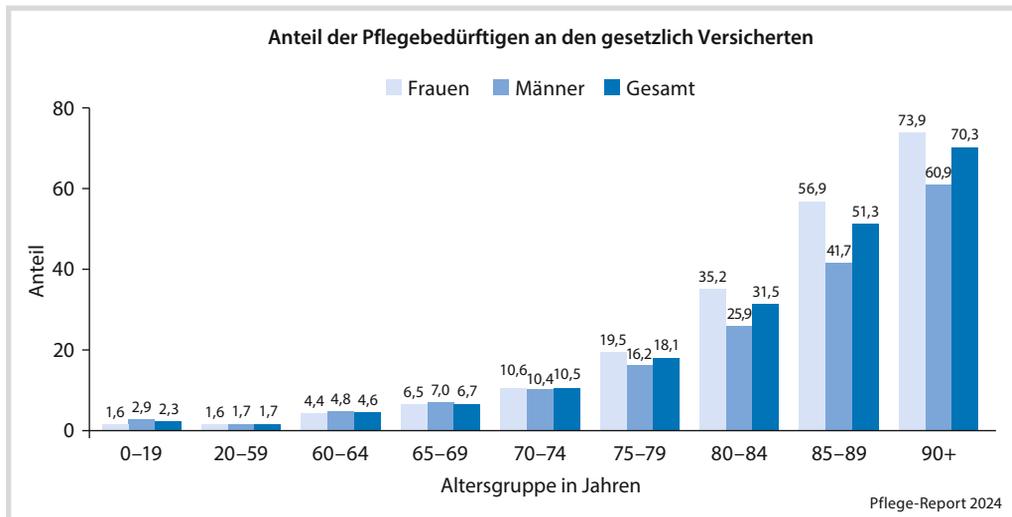
Mit Ende des Jahres 2022 waren laut amtlicher Statistik der Sozialen Pflegeversicherung 4,9 Mio. Personen pflegebedürftig, davon etwas weniger als zwei Drittel (61,4 %) bzw. 3,0 Mio. Frauen. Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen (52,5 %) sind 80 Jahre und älter (2,5 Mio. Personen). Rund ein Zwanzigstel der Pflegebedürftigen (6,2 %) sind Kinder und Jugendliche (301 Tsd. Personen; **Abb. 19.1**).

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein (**Abb. 19.2**). Sind im Jahr 2022 bei Kindern und Jugendlichen sowie Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen zwei und drei von 100 gesetzlich Krankenversicherten pflegebedürftig, betrifft dies bei den 75- bis 79-Jährigen



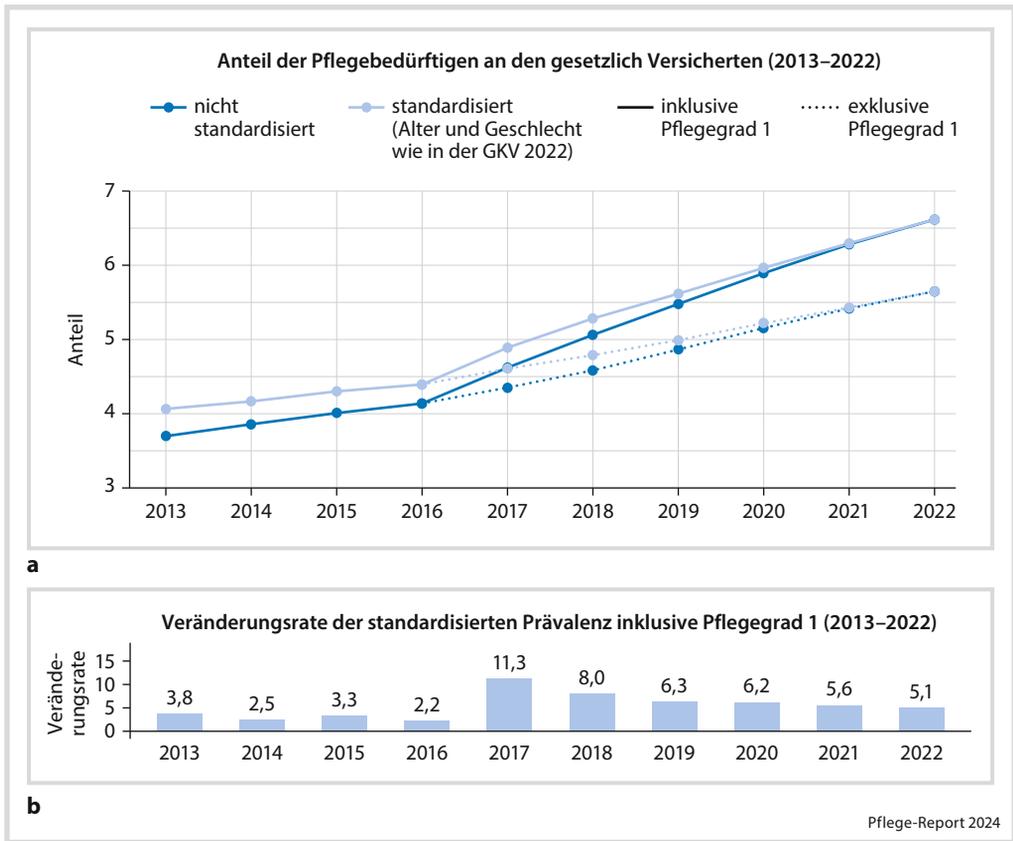
**Abb. 19.1** Pflegebedürftige in der GKV nach Alter und Geschlecht, in % (2022; inkl. Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: Amtliche Statistik PG 2, Amtliche Statistik KM 6)

bereits jede sechste Person (18,1 %). In den höchsten Alterssegmenten verdreifacht sich diese Prävalenzrate auf 51 % bei den 85- bis 89-Jährigen. Bei den über 90-Jährigen sind zwei Drittel der Personen (70,3 %) pflegebe-



**Abb. 19.2** Anteil der Pflegebedürftigen an den gesetzlich Versicherten nach Alter und Geschlecht, in % (2022; inkl. Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Ein-

richtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: Amtliche Statistik PG 2, Amtliche Statistik KM 6)



**Abb. 19.3** Anteil der Pflegebedürftigen an den gesetzlich Versicherten im Zeitverlauf, in % (2013–2022; inkl. Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen

der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: Amtliche Statistik PG 2, Amtliche Statistik KM 6)

dürftig. Mit steigendem Alter unterscheidet sich zudem deutlich die Pflegeprävalenz zwischen Männern und Frauen (Abb. 19.2): Während 42 % der 85- bis 89-jährigen Männer von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, betrifft dies mehr als die Hälfte aller Frauen (56,9 %) im gleichen Alterssegment. Bei den über 90-jährigen Männern ist schließlich fast jeder Dritte (60,9 %) pflegebedürftig, bei den gleichaltrigen Frauen hingegen sind es drei Viertel (73,9 %).

gesetzlich versicherten Bundesbürger pflegebedürftig (Abb. 19.3). Zehn Jahre früher, im Jahr 2013, betraf dies lediglich 3,7 %, was einem Anstieg um rund 80 % (78,9 %) entspricht. Bereinigt man die Werte um die fortschreitende Alterung der Gesellschaft und legt für alle Jahre die Alters- und Geschlechtsstruktur der GKV-Versicherten des Jahres 2022 zugrunde, dann fällt der Anteil deutlich schwächer aus (Abb. 19.3): Bereits 2013 waren demgemäß 4,0 % der gesetzlich Versicherten pflegebedürftig gewesen, der Anstieg bis zum 2022er Wert beträgt dann noch 63 %. Folglich lässt sich die beobachtete Zunahme der Pflegeprävalenz zwischen 2013 und 2022 nur zu einem Teil auf die Entwicklung der Alters- und

### Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf

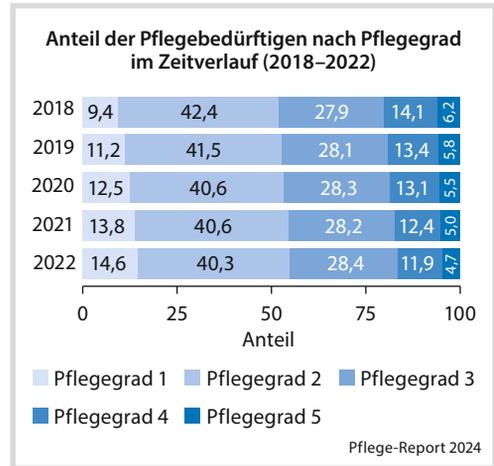
Die Zahl der Pflegebedürftigen ist innerhalb der letzten zehn Jahre deutlich gestiegen: Im Jahr 2022 waren im Durchschnitt 6,6 % der

Geschlechtsstruktur der Bevölkerung zurückführen.

Die deutliche Zunahme der Pflegeprävalenz ab 2016 ist mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Januar 2017 verbunden. Mit der Reform war u. a. die Erwartung verbunden, dass sich der Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung weiter verbessert. Deutlich wird in [Abb. 19.3](#), dass der Zuwachs an Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 den Anstieg der Pflegeprävalenz zu einem großen Teil begründet: Lässt man den Grad 1 außen vor, wäre die Pflegeprävalenz – bereinigt um den Alterungseffekt der Bevölkerung – von 2013 bis 2022 nur noch um rund 40 % gestiegen. Sichtbar wird ferner: Auch fünf Jahre nach Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs steigt die Pflegeprävalenz deutlich über dem demographisch erwartbaren Niveau. Hieraus ergeben sich wichtige Forschungsfragen zu möglichen Gründen dieses Anstiegs. Zu diskutieren sind beispielsweise epidemiologische (z. B. Anstieg von Demenzen), angebots- und nachfrageinduzierte (z. B. bessere Verfügbarkeit und Bekanntheit der Angebote), sozioökonomische (z. B. Zunahme von Single-Haushalten, Absinken des verfügbaren Haushaltseinkommens/Abhängigkeit von Transferleistungen der SPV) oder gesellschaftlich-normative Faktoren (z. B. positive Wertung/keine Assoziation von Stigmatisierung bei Pflegebedürftigkeit; Schwinger et al. 2023).

### Schwere der Pflegebedürftigkeit

Seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Januar 2017 unterteilt sich die Schwere der Pflegebedürftigkeit definitorisch in fünf Pflegegrade (zuvor drei Pflegestufen). Rund jeder siebte Pflegebedürftige hat im Jahr 2022 laut amtlicher Statistik „geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ (Pflegegrad 1; 14,6 %), 40 % weisen „erhebliche Beeinträchtigungen“ (Pflegegrad 2) auf ([Abb. 19.4](#)). Rund jeder Sechste ist von „schwersten Beeinträchtigungen“ (Pflegegrad 4; 11,9 %) bzw. von „schwersten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder



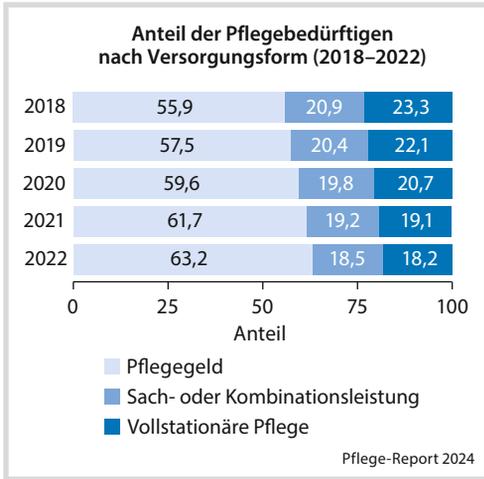
**Abb. 19.4** Anteil der Pflegebedürftigen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit (2018–2022), in % (inkl. Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: Amtliche Statistik PG 2)

der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung“ (Pflegegrad 5; 4,7 %) betroffen. Die Pflegeschwere hat sich in diesem kurzen zeitlichen Verlauf deutlich verändert: Der Anteil Personen in den Pflegegraden 2, 4 und 5 nimmt ab, während der Anteil mit Pflegegrad 1 deutlich zugenommen hat.

## 19.2.2 Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit

### Versorgungsformen nach Alter und Geschlecht

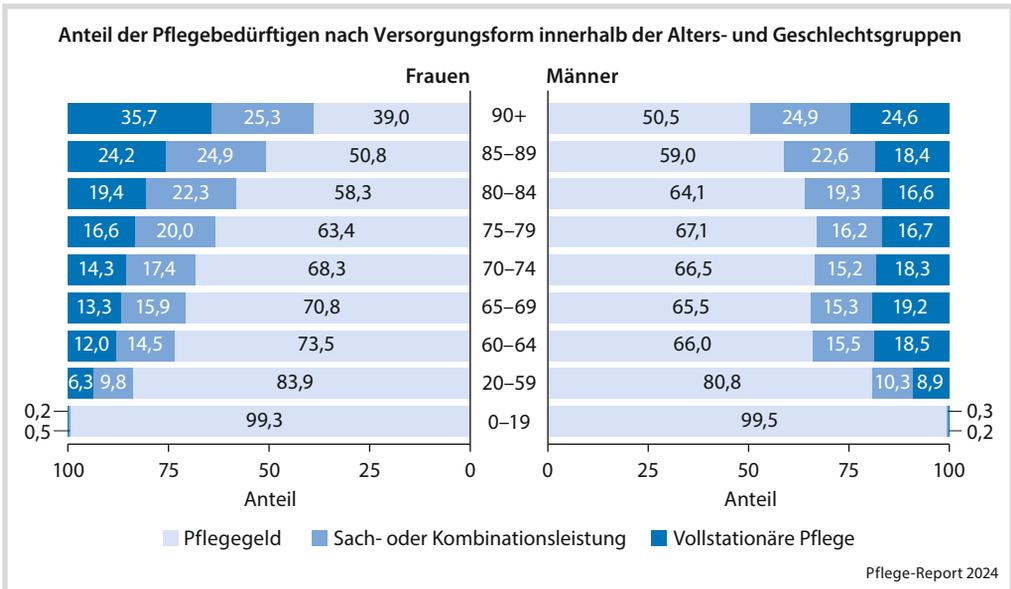
Die folgenden Analysen vergleichen ambulant und vollstationär versorgte Pflegebedürftige (§ 43 SGB XI). Die Betrachtung der ambulant Gepflegten unterscheidet zwischen Empfängern reiner Geldleistungen (d. h. Personen mit Pflegegeldbezug [§ 37 SGB XI]) ohne jegliche weitere Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst (im Sinne des § 36 SGB XI) und solchen mit Sachleistungs- (§ 36 SGB XI) bzw. Kombinationsleistungsbezug (§ 38 SGB XI). Im Jahr 2022 wurden vier



**Abb. 19.5** Anteil der Pflegebedürftigen nach Versorgungsform im Jahresvergleich, im Durchschnitt der Monate, in % (2018–2022; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

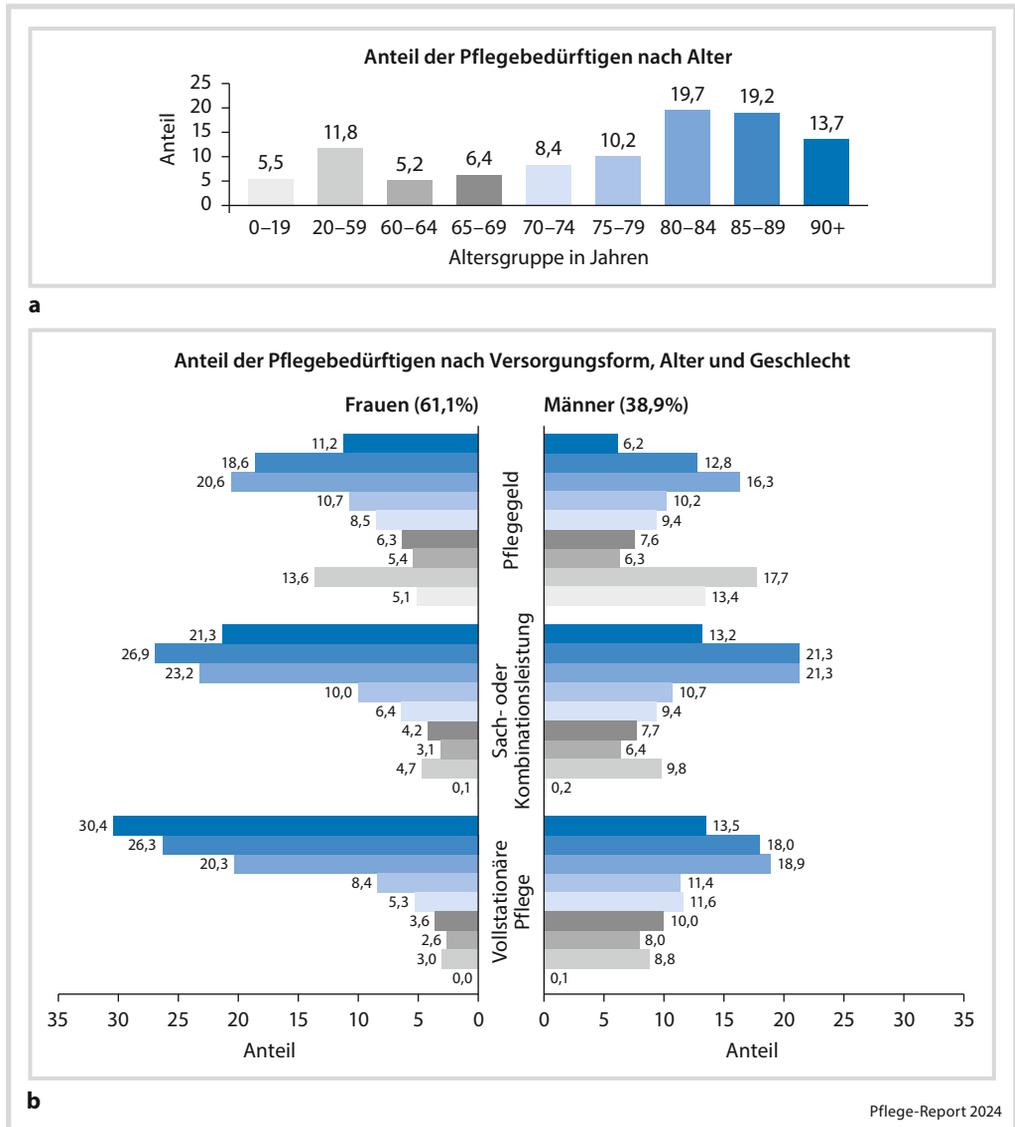
von fünf Pflegebedürftigen (81,7%) in ihrer häuslichen Umgebung betreut (Abb. 19.5): Fast zwei von drei Pflegebedürftigen (63,2%) bezogen ausschließlich Pflegegeld. Weniger als ein Fünftel (18,5%) entschied sich entweder für eine Kombination aus Geld- und Sachleistung oder für den alleinigen Bezug von Sachleistungen. Deutlich weniger als jede fünfte pflegebedürftige Person (18,2%) wurde in einem stationären Pflegeheim versorgt.

Die Unterschiede zwischen den Versorgungsformen sind weniger geschlechts- als vielmehr altersbezogen (Abb. 19.6): Leisten bei pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen nahezu immer die Angehörigen die Versorgung (Pflegegeld), trifft dies bei Personen im Alter von 20 bis 59 Jahren auf rund 80% der Frauen und Männer zu. Auch Pflegebedürftige zwischen 60 und 74 Jahren sind noch überwiegend reine Geldleistungsbezieher, nur bei den über 90-Jährigen Frauen ist es nicht mehr die Mehrheit der Kohorte. Komplen-



**Abb. 19.6** Anteil der Pflegebedürftigen nach Versorgungsform, innerhalb der Alters- und Geschlechtsgruppen, im Durchschnitt der Monate, in % (2022; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebe-

dürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])



**Abb. 19.7** Anteil der Pflegebedürftigen nach Alter, innerhalb der Versorgungsform und Geschlechtsgruppe im Durchschnitt der Monate, in % (2022; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

tär steigt der Anteil von Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Während in jüngeren Jahren Männer wesentlich häufiger als Frauen vollstationär versorgt werden, kehrt sich dieses Verhältnis ab einem Alter von 80 Jahren um (Abb. 19.6).

Innerhalb der einzelnen Versorgungsformen variiert die Altersverteilung bei geschlechtsspezifischer Betrachtung ebenso (Abb. 19.7): Beispielsweise sind mehr als drei Viertel (77 %) der vollstationär gepflegten Frauen mindestens 80 Jahre alt, die Män-

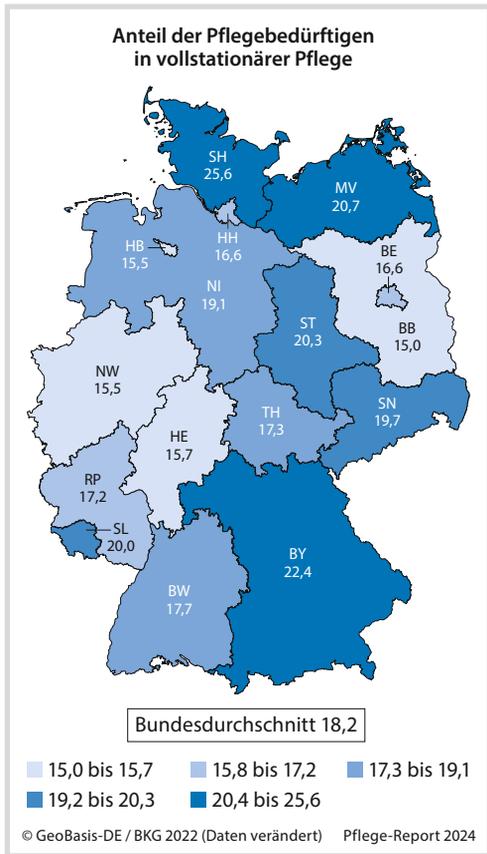
ner sind mit einem entsprechenden Anteil von 50 % hingegen im Durchschnitt deutlich jünger. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den ambulant gepflegten Empfängerinnen und Empfängern von Pflegegeld sowie von Sach- oder Kombinationsleistungen. Der Anteil an Pflegebedürftigen in den obersten Altersdekaden ist in allen Versorgungsformen bei den Frauen deutlich höher als bei den Männern (■ Abb. 19.7).

### Versorgungsform stationär nach Bundesland

Der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen, der 2022 im Bundesdurchschnitt 18 % beträgt, variiert regional erheblich. ■ Abb. 19.8 zeigt die Pflegeheimquoten je Bundesland, bereinigt um länderspezifische Alters- und Geschlechtsunterschiede. Bundesländer, die trotz Alters- und Geschlechtsbereinigung deutlich überdurchschnittliche Quoten aufweisen, sind Schleswig-Holstein (25,6 %), Bayern (22,4 %) sowie Mecklenburg-Vorpommern (20,7 %). Die niedrigsten Anteile von Personen in vollstationärer Pflege – unterstellt man in allen Ländern die gleiche Alters- und Geschlechtsverteilung – finden sich in Brandenburg (15,0 %), Bremen (15,5 %) und Nordrhein-Westfalen (15,5 %).

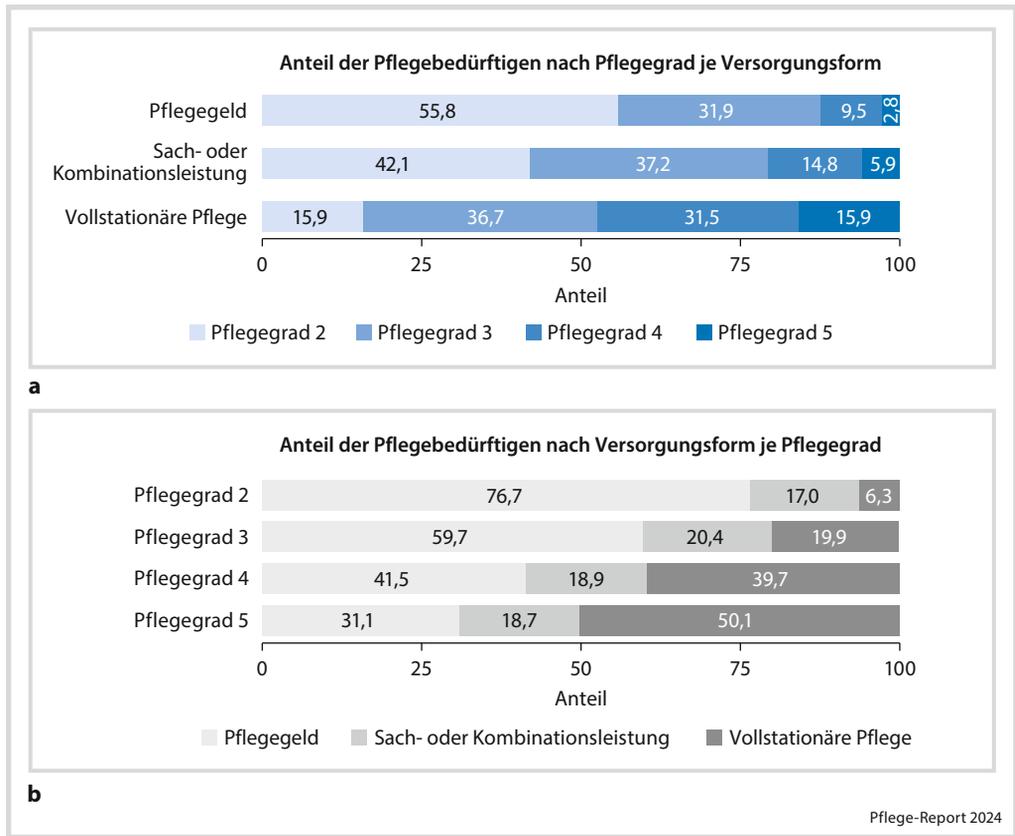
### Schwere der Pflegebedürftigkeit nach Versorgungsformen

Die Schwere der Pflegebedürftigkeit ist zwischen den Versorgungsformen unterschiedlich verteilt. Während im Jahr 2022 knapp 56 % der reinen Pflegegeldbeziehenden Pflegegrad 2 aufwiesen, waren dies in der vollstationären Pflege nur 16 %. Gleichsam ist hier knapp jede zweite Person (47,4 %) von schwersten Beeinträchtigungen (Pflegegrad 4 und 5) betroffen, von den Geldleistungsempfängern lediglich 13 % (■ Abb. 19.9a). In umgekehrter Aufschlüsselung – wie verteilen sich die Personen eines Pflegegrades auf die Versorgungsformen – zeigt sich: Drei Viertel der Menschen mit Pflegegrad 2 (76,7 %) beziehen



■ **Abb. 19.8** Alters- und Geschlechts standardisierter Anteil der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege nach Bundesland im Durchschnitt der Monate, in % (2022; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die bundesweite Alters- und Geschlechtsstruktur der gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

demnach ausschließlich Geldleistungen, deutlich weniger als jede zehnte Person (6,3 %) wird vollstationär versorgt. Mit Zunahme des Pflegegrades steigt der Anteil der Personen im Pflegeheim deutlich – 40 bzw. 50 % der schwerstpflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 4 bzw. 5 sind vollstationär versorgt (■ Abb. 19.9b).



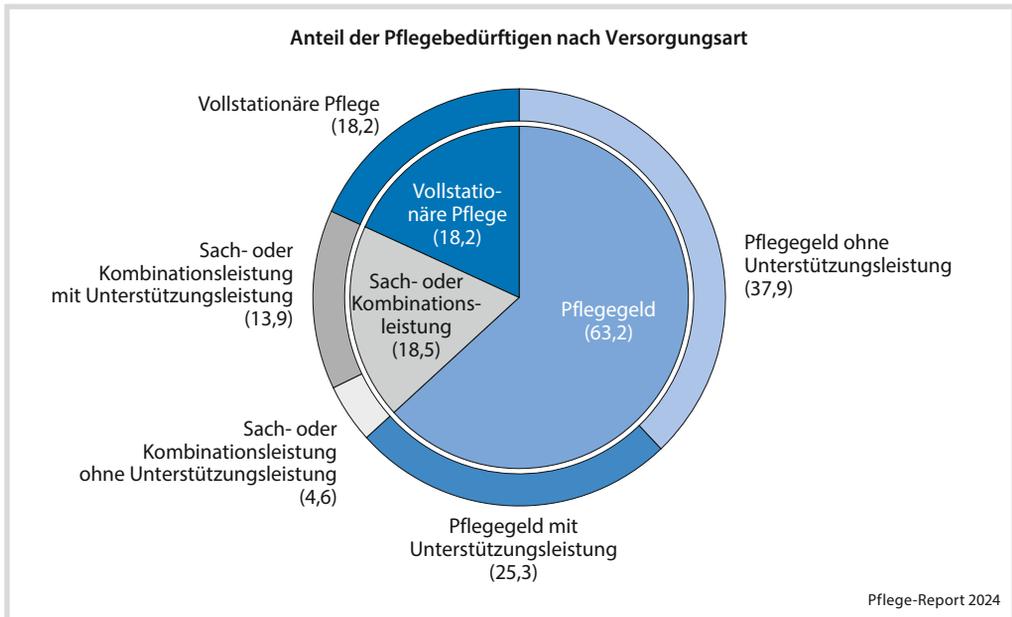
■ **Abb. 19.9** Anteil der Pflegebedürftigen differenziert nach Pflegegrad je Versorgungsform (a) sowie differenziert nach Versorgungsform je Pflegegrad (b), im Durchschnitt der Monate, in % (2022; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege

in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

### 19.2.3 Ambulante Unterstützungs- und Entlastungsleistungen

Ambulant versorgte Pflegebedürftige haben die Möglichkeit, zusätzlich zum Pflegegeld bzw. parallel zur ergänzenden Versorgung durch einen Pflegedienst weitere Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige zu beziehen. Geld- und Sachleistungen können z. B. mit einer Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) ergänzt werden. Die Pflegebedürftigen können hierdurch für bestimmte Zeiten

im Tagesablauf in einer entsprechenden teilstationären Einrichtung betreut und gepflegt werden. Neben den Leistungen zur Abdeckung des täglichen Hilfebedarfs gibt es für ambulant versorgte Pflegebedürftige Angebote der Verhinderungs- (§ 39 SGB XI) und Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI), 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 oder als Ersatzpflege in Krisensitua-



**Abb. 19.10** Anteil der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart mit und ohne zusätzliche Unterstützungs- und Entlastungsleistung, im Durchschnitt der Monate, in % (2022; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne

Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

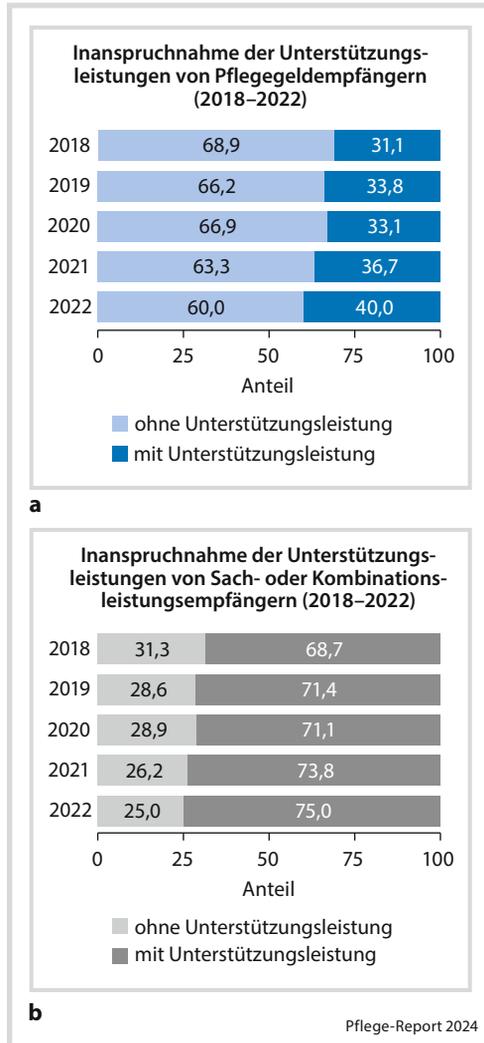
tionen, in denen häusliche Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist, zum Einsatz kommen. Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben ferner Anspruch auf einen Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI) in Höhe von bis zu 125 € pro Monat zur Erstattung von Aufwendungen im Rahmen der Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI und Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI.

### Übersicht zur Inanspruchnahme

Abb. 19.10 und Abb. 19.11 zeigen die Inanspruchnahme der oben genannten ambulanten Unterstützungsleistungen. Besonders auffällig ist dabei die geringe Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen (wie z. B.

Verhinderungspflege oder Tagespflege) durch Pflegegeldbeziehende: 60 % (Abb. 19.11a) nutzten im Jahr 2022 keine weitere ambulante Unterstützungs- und Entlastungsleistungen. Dies sind 38 % aller Pflegebedürftigen (Abb. 19.10). Im Zeitverlauf ist die Inanspruchnahme jedoch deutlich gestiegen. 2018 nutzten beispielsweise 70 % der Pflegegeldbeziehenden keine weitere Leistung der Pflegeversicherung (Abb. 19.11a).

Genau umgekehrt ist es bei den Pflegehaushalten mit Einbindung eines ambulanten Pflegedienstes (Sach- oder Kombinationsleistung): Deutlich mehr als zwei Drittel (75 %; Abb. 19.11b) beziehen hier ergänzende unterstützende Leistungen. Gemessen an allen Pflegebedürftigen sind dies 14 % aller Pflegebedürftigen (Abb. 19.10). Auch der Anteil der Sachleistungsempfänger mit zusätzlicher Unterstützungs- und Entlastungsleistung hat



■ **Abb. 19.11** Anteil der ambulant Pflegebedürftigen mit und ohne zusätzliche Unterstützungs- und Entlastungsleistung im Jahresvergleich, im Durchschnitt der Monate, in % (2018–2022; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

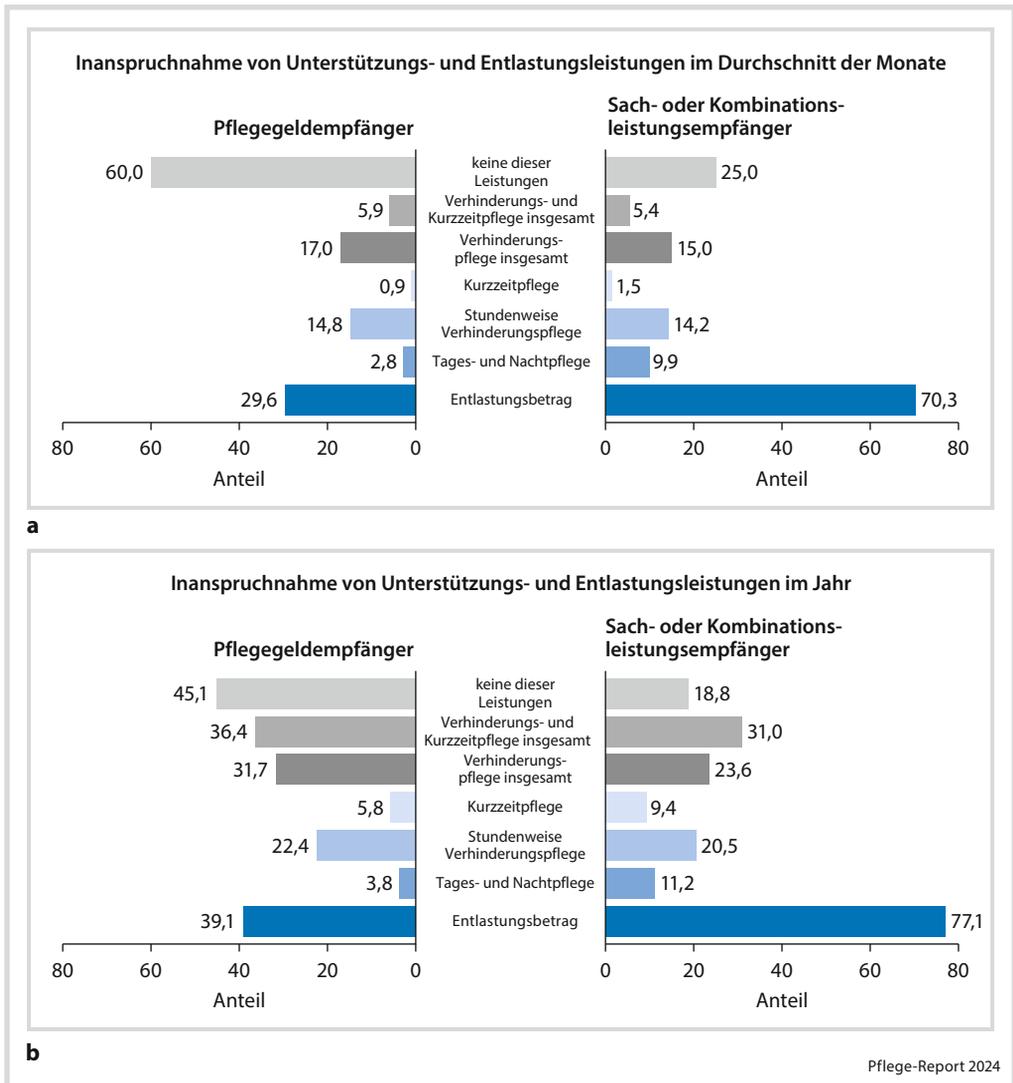
im Zeitverlauf deutlich zugenommen; im Corona-Jahr 2022 war die Nutzung leicht rückläufig, steigt ab dem Jahr 2022 jedoch weiter (■ Abb. 19.11b). Ein Fünftel der Pflegebedürftigen

(18,2 %) befindet sich in vollstationärer Pflege (■ Abb. 19.10).

■ Abb. 19.12 stellt die Inanspruchnahme für das Jahr 2022 von ambulanten Unterstützungs- und Entlastungsleistungen von ambulant versorgten Pflegebedürftigen dar (d. h. von solchen Personen, die für mindestens einen Tag im Monat in der eigenen Häuslichkeit, einem betreuten Wohnen oder anderen ambulanten Wohnformen lebten). Sie differenziert dabei zwischen der zeitpunktbezogenen (Durchschnitt der Monate – siehe Abbildungsabschnitt a) und der zeitraumbezogenen (Jahresdurchschnitt – siehe Abbildungsabschnitt b) Betrachtung. Die Jahresbetrachtung ermöglicht insbesondere eine genauere Darstellung der Inanspruchnahmeraten für die Nutzenden von Kurzzeit- und Verhinderungspflege, da diese Leistungen nicht durchgehend über das ganze Jahr in Anspruch genommen werden, sodass eine Darstellung im Durchschnitt der Monate diesen Anteil unterschätzen würde. Folglich ergibt die Jahresanalyse durchgängig höhere Inanspruchnahmeraten der in ■ Abb. 19.12 gelisteten Leistungen als die Berechnung des jeweiligen Monatsdurchschnitts. Im Jahresverlauf 2022 nutzte mehr als jede dritte pflegebedürftige Person mindestens einmal Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege (36,4 % der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld und 31,0 % jener von Sach- oder Kombinationsleistungen). Im Bereich der Verhinderungspflege kommt der stundenweisen Unterstützung die höchste Bedeutung zu (22,4 bzw. 20,5 %). Kurzzeitpflege erhielt rund jede zehnte pflegebedürftige Person (5,8 bzw. 9,4 %) mindestens einmal im Laufe des Jahres 2022.

### Inanspruchnahme im Zeitverlauf

Die Inanspruchnahme der ambulanten Unterstützungs- und Entlastungsleistungen hat seit 2018 stetig zugenommen (■ Abb. 19.13). Hervorzuheben ist, dass der Anteil Pflegebedürftiger mit einer Nutzung von Kurzzeitpflege und Tagespflege rückläufig ist. Für alle



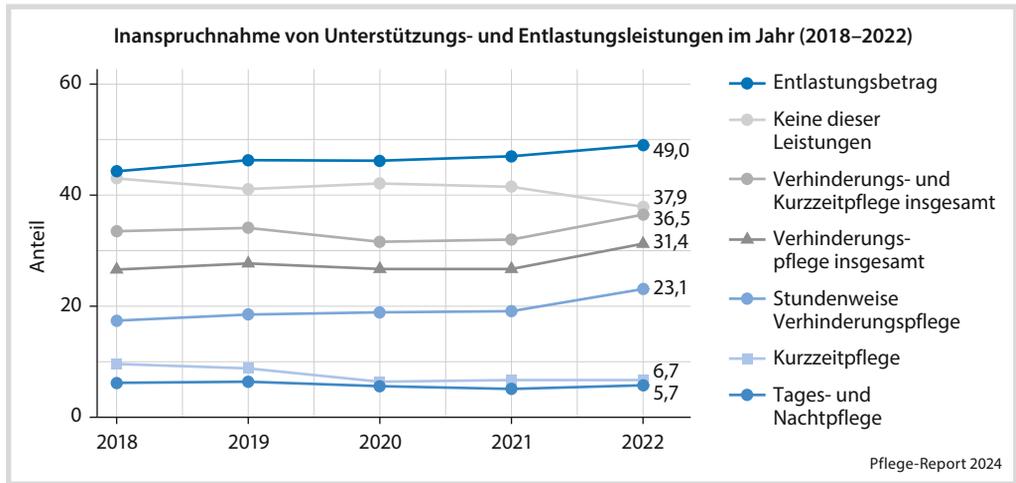
**Abb. 19.12** Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld bzw. von Sach- oder Kombinationsleistungen nach Unterstützungs- und Entlastungsleistungen, im Durchschnitt der Monate und im Jahr, in % (2022; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflege-

bedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

übrigen Unterstützungs- und Entlastungsleistungen ist der Anteil der Pflegebedürftigen, die solche mindestens einmal im Jahr nutzen, seit 2018 konstant angestiegen – außer nach dem im Kontext der Covid-Pandemie zu interpretierenden Rückgang im Jahr 2020.

### Inanspruchnahme auf Kreisebene

**Abb. 19.14** visualisiert die Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege im Jahr noch einmal kartographisch. Bei der teilstationären Pflege fallen in den Kreisen im Nor-



■ **Abb. 19.13** Anteil der ambulant Pflegebedürftigen mit zusätzlicher Unterstützungs- und Entlastungsleistung im Zeitverlauf im Jahr, in % (2018–2022; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6])

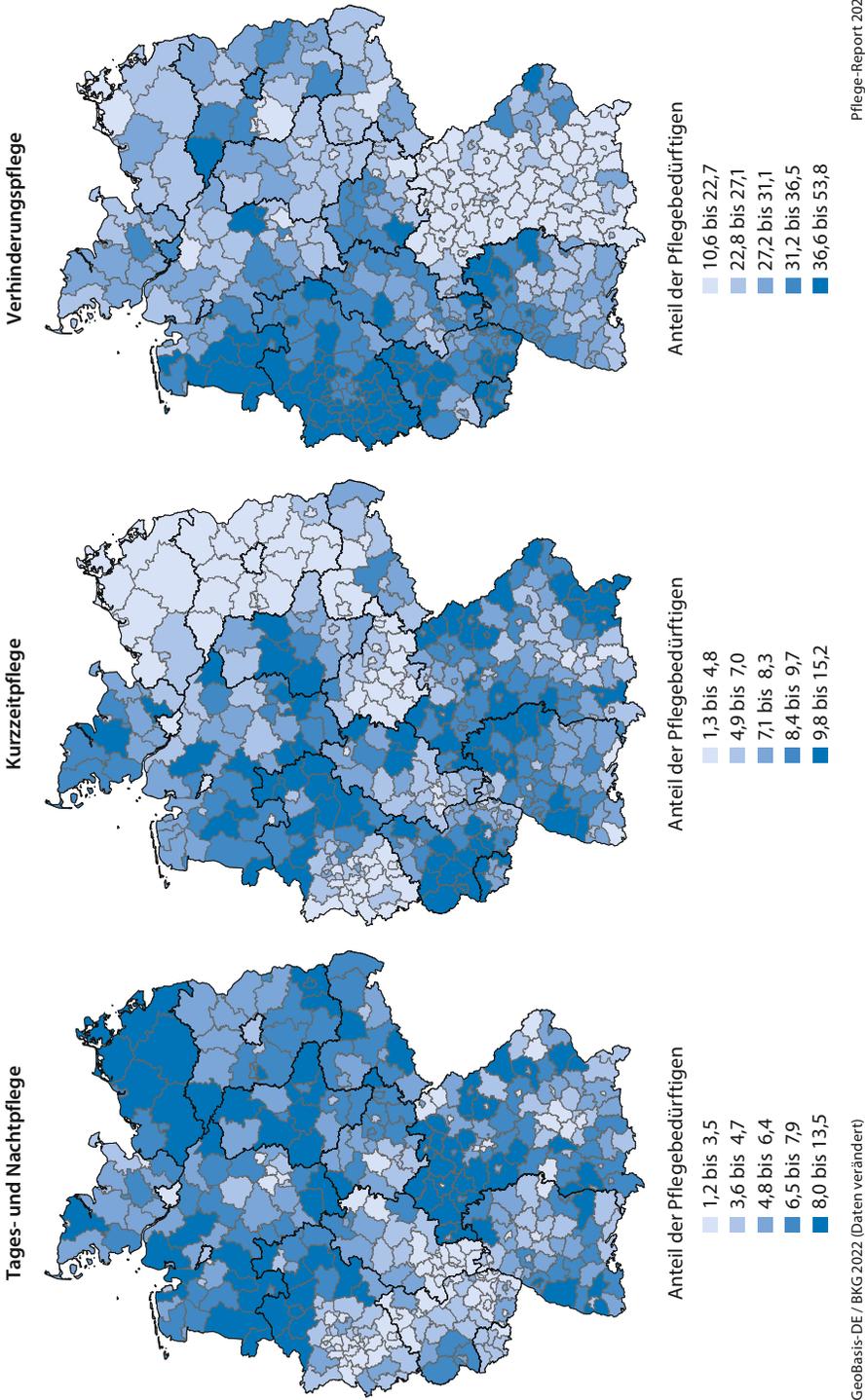
den und Osten überproportionale hohe Raten auf, während für die Verhinderungspflege andersherum eher in Westdeutschland – ausgenommen Bayern – höhere Inanspruchnahmeraten zu erkennen sind. Bei der Kurzzeitpflege ist zu beobachten, dass die Raten in den Kreisen in Ostdeutschland weitaus niedriger ausfallen als im Rest der Republik.

### Unterstützungs- bzw. Entlastungsleistungen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit

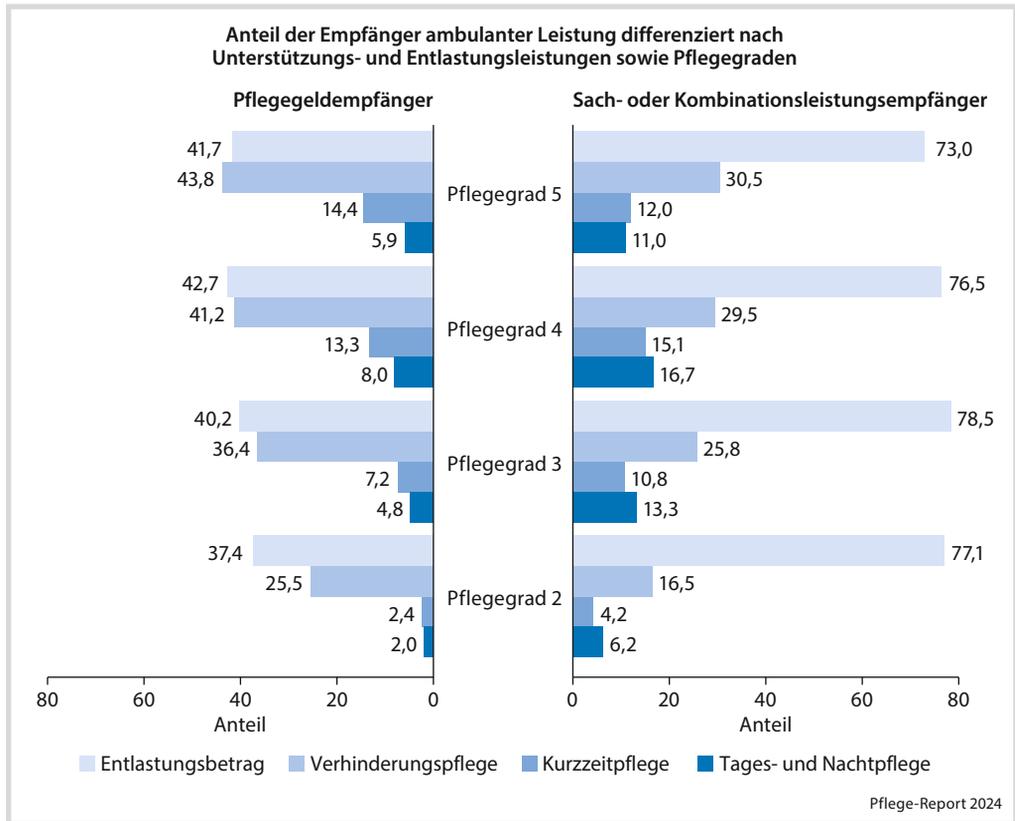
Die Inanspruchnahme der durch die Soziale Pflegeversicherung finanzierten Unterstützungsleistungen nimmt mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit zu (■ Abb. 19.15). So nutzen z. B. knapp ein Drittel der Sach- oder Kombinationsleistungsbeziehenden mit Pflegegrad 5 (30,5 %) bzw. nahezu die Hälfte der Geldleistungsbeziehenden (43,8 %) mit diesem Pflegegrad die Verhinderungspflege; im Pflegegrad 2 sind dies hingegen lediglich 17 % bzw. 26 %. Ähnlich bei der

Kurzzeitpflege: Diese nahmen im Jahr 2022 12 % der Sach- oder Kombinationsleistungsbeziehenden und 14 % der Geldleistungsbeziehenden mit schwersten Beeinträchtigungen (Pflegegrad 5) in Anspruch, im Pflegegrad 2 hingegen lediglich 4 % bzw. 2 %. Allein der Entlastungsbetrag zeigt eine ähnlich hohe Rate unabhängig vom Pflegegrad (■ Abb. 19.15).

Die umgekehrte Betrachtung in ■ Abb. 19.16 zeigt, wie schwer pflegebedürftig die Beziehenden der jeweiligen Unterstützungsleistung sind: Deutlich wird, dass der Entlastungsbetrag und die Verhinderungspflege eher von Pflegebedürftigen mit geringerer Pflegeschwere, Tages- und Kurzzeitpflege vermehrt auch durch Pflegebedürftige mit höheren Pflegegraden in Anspruch genommen werden. So sind rund ein Drittel der Pflegebedürftigen mit Tages- und Nachtpflege und mit Kurzzeitpflege Personen mit Pflegegrad 4 oder 5 – unabhängig davon, ob sie Pflegegeld bzw. Sach- und Kombinationsleistungen beziehen.



**Abb. 19.14** Anteil der ambulant Pflegebedürftigen mit Tages- und Nachtpflege, Kurzzeit- oder Verhinderungspflege nach Kreisen, im Jahr, in % (2022; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])



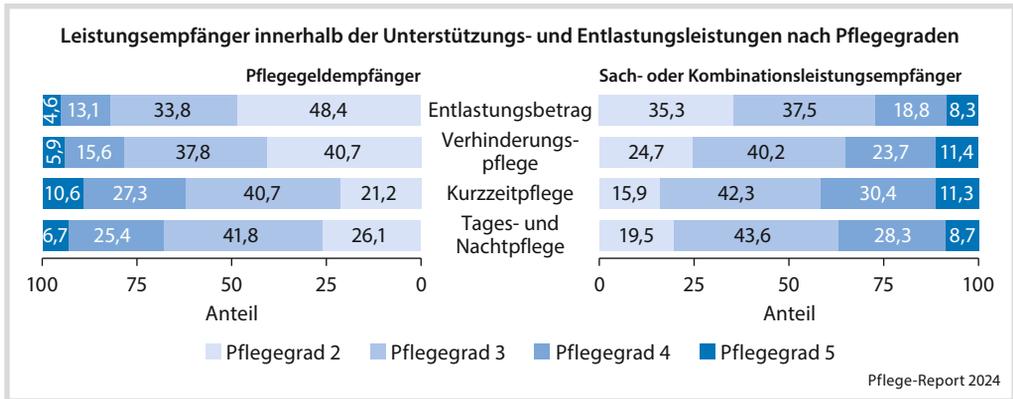
**Abb. 19.15** Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungen nach Unterstützungs- und Entlastungsleistungen und Pflegegraden im Jahr, in % (2022; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege

in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

### Unterstützungs- bzw. Entlastungsleistungen nach Geld- und Sach- oder Kombinationsleistungsbezug

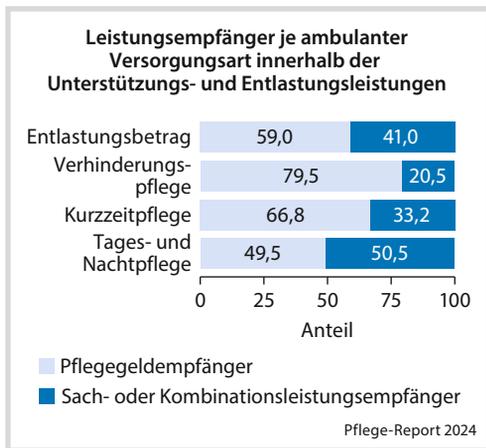
Neben einer Aufgliederung nach Alter, Geschlecht und Pflegegraden liefert auch die Differenzierung nach Pflegegeld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungsbezug einen Beitrag zur Charakterisierung der Bezieh-

den von zusätzlichen Unterstützungs- und Entlastungsleistungen. **Abb. 19.17** zeigt in dieser Hinsicht ein heterogenes Bild: Vor allem die Verhinderungspflege wird überproportional – d.h. zu vier Fünfteln (79,5%) – von Pflegegeldbeziehenden genutzt. Bei der Tages- und Nachtpflege hingegen ist der Anteil von Geld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungsbeziehenden etwa gleich hoch.



**Abb. 19.16** Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungen innerhalb der Unterstützungs- und Entlastungsleistungen nach Pflegegrad, im Jahr, in % (2022; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebe-

dürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])



**Abb. 19.17** Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld bzw. Sach- oder Kombinationsleistungen innerhalb der Unterstützungs- und Entlastungsleistungen, im Durchschnitt der Monate, in % (2022; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

## 19.3 Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen

### 19.3.1 Ambulante ärztliche Versorgung

Die folgende Darstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland orientiert sich an der Kontaktrate zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Diese Kennzahl erfasst sogenannte Abrechnungsfälle (mindestens ein Kontakt je Quartal und Arzt), die der ambulante ärztliche Leistungserbringer abrechnet. Ein Fall kann dabei unbekannt viele Arztkontakte im Quartal umfassen. Die Zahl der Abrechnungsfälle wiederum ist auf kollektivvertragsärztliche Leistungsfälle im Sinne des § 73 SGB V beschränkt.

## Übersicht zur Inanspruchnahme

Nahezu alle Pflegebedürftigen (95,7 %) hatten 2022 im Durchschnitt der Quartale mindestens einen Arztkontakt, d. h. generierten einen Abrechnungsfall. Gleichfalls sahen die Pflegebedürftigen mehrheitlich (88,2 %) im Quartal im Durchschnitt einen Hausarzt/eine Hausärztin,

72 % mindestens einmal einen Facharzt/eine Fachärztin. Ärztinnen und Ärzte der folgenden Fachrichtungen wurden häufig im Quartal kontaktiert: Urologie mit 18 % der Männer pro Quartal, Neurologie mit rund 16 %, Innere Medizin mit 17 % und Augenheilkunde mit 16 % (beide Geschlechter pro Quartal; ■ Tab. 19.1).

■ **Tab. 19.1** Inanspruchnahme von niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten durch Pflegebedürftige im Durchschnitt der Quartale, in % (2022). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

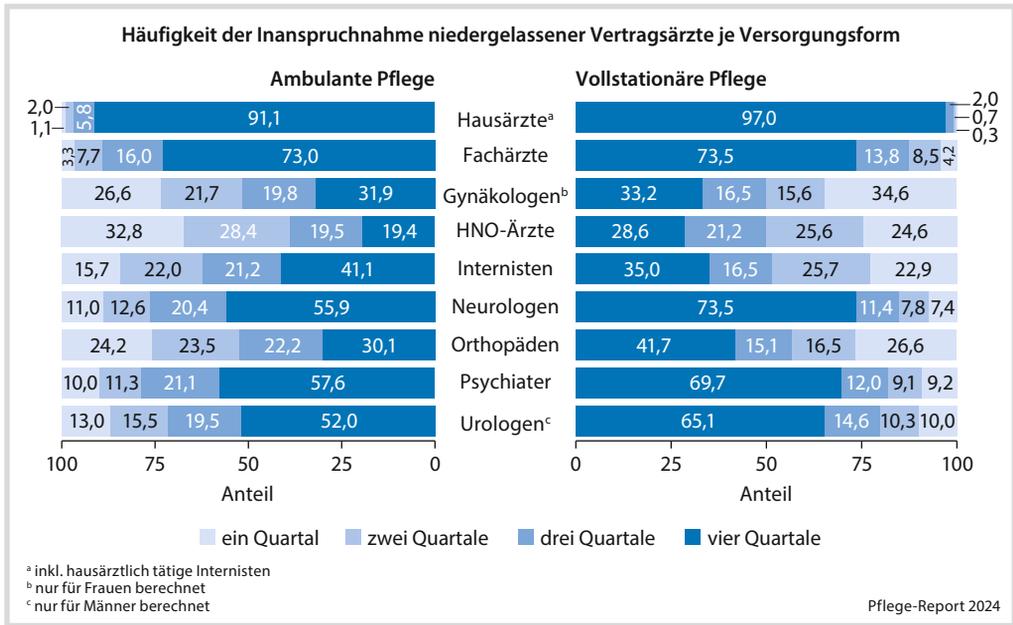
Arztgruppe	Ambulant	Vollstationär	Insgesamt
Alle Vertragsärzte	95,3	98,5	95,7
Hausärzte <sup>a</sup>	86,5	96,6	88,2
Fachärzte	71,8	71,9	72,2
Gynäkologen <sup>b</sup> (inkl. Fachärzte für Geschlechtskrankheiten)	8,9	2,7	8,6
HNO-Ärzte	9,4	14	10,3
Augenärzte	17,2	8,9	16
Internisten	19,1	6,5	17
<i>Darunter*</i>			
Angiologen	0,6	0,2	0,5
Endokrinologen und Diabetologen	0,3	0,1	0,3
Gastroenterologen	1,2	0,3	1,1
Kardiologen	6,5	2,2	5,8
Nephrologen	3,2	1,5	2,8
Hämatologen und Onkologen	2,8	0,8	2,3
Pneumologen	4,2	0,8	3,7
Rheumatologen	1,1	0,2	1,0
Neurologen	13,4	29,7	16,3
Orthopäden	11,4	5,9	11
Psychiater	3,3	10,5	4,8
Urologen <sup>c</sup>	17,1	23,3	17,5

<sup>a</sup> inkl. hausärztlich tätige Internisten; <sup>b</sup> nur für Frauen berechnet (inkl. Fachärzte für Geschlechtskrankheiten);

<sup>c</sup> nur für Männer berechnet; ohne Versicherte, die in Selektivverträge nach § 73b oder § 140a SGB V eingeschrieben sind; ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten.

\*Prozentwerte der unter „Darunter“ aufgeführten Facharztgruppen ergeben in Summe nicht den Anteil der Internisten, da Versicherte mehrere Facharztgruppen nutzen können.

Pflege-Report 2024



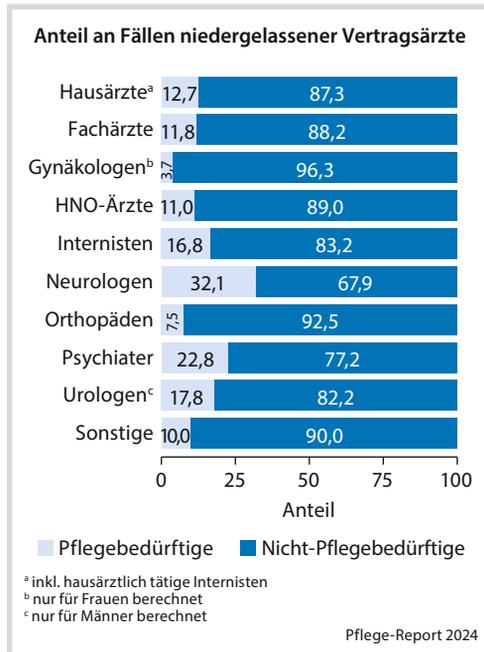
**Abb. 19.18** Häufigkeit der Inanspruchnahme von niedergelassenen Vertragsärzten durch Pflegebedürftige mit mindestens einem Arztbesuch nach Versorgungsform, in % (2022; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten); ohne Versicherte, die in Selektivver-

träge nach § 73b oder § 140a SGB V eingeschrieben sind; ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten. (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

Deutliche Unterschiede zeigen sich zwischen Pflegebedürftigen, die ambulant (d. h. in der eigenen Häuslichkeit), und solchen, die in vollstationärer Pflege versorgt werden. Mit 97 % war die Inanspruchnahme von Hausärztinnen und -ärzten im vollstationären Kontext höher als im ambulanten Setting mit 87 % im Durchschnitt der Quartale. Weitaus auffälligere Unterschiede beziehen sich auf einzelne Facharztgruppen: 19 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen hatten im Durchschnitt der Quartale mindestens einmal Kontakt zu einer internistischen Praxis. Bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen waren dies nur 7 %. Andersherum suchte fast ein Drittel der Pflegeheimbewohnenden (29,7 %) im Durchschnitt der Quartale eine neurologische Praxis auf, während dies in der ambulanten Versorgung nur bei 13 % der Fall war (Tab. 19.1).

Abb. 19.18 zeigt den Anteil der Pflegebedürftigen mit mindestens einem Arztbesuch differenziert nach Versorgungsform. Hierbei sind Unterschiede in der Häufigkeit der Inanspruchnahme zwischen ambulanter und stationärer Pflege zu beobachten. Beispielsweise sahen vollstationär Gepflegte häufiger einen Neurologen (73,5 %) und/oder Psychiater (69,7 %) über die vier Quartale hinweg als die ambulant Gepflegten (55,9 % bzw. 57,6 %).

In Abb. 19.19 wird die Perspektive gewechselt: Dargestellt ist hier, welche Relevanz die Versorgung von Pflegebedürftigen in der ärztlichen Praxis hat – oder anders ausgedrückt: welcher Anteil der Fälle bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten 2022 auf Pflegebedürftige entfiel. Mit Ausnahme der Fachrichtungen Neurologie, Psychiatrie, Urologie und Innere Medizin liegt diese Rate



■ **Abb. 19.19** Anteil Fälle\* bei niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten, die sich auf Pflegebedürftige beziehen, im Durchschnitt der Quartale, in % (2022); ohne Versicherte, die in Selektivverträge nach § 73b oder § 140a SGB V eingeschrieben sind; ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten. (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

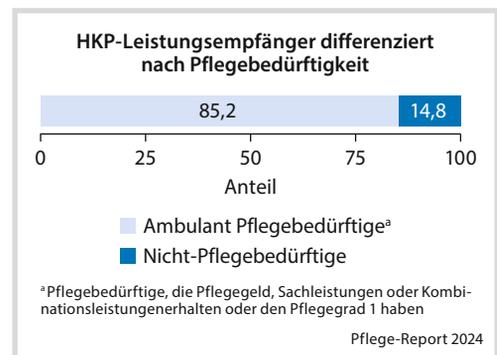
allgemein nicht wesentlich über 10 %. In der neurologischen Praxis bezieht sich jedoch rund jeder dritte Fall (32,1 %) auf eine pflegebedürftige Person.

### 19.3.2 Versorgung mit häuslicher Krankenpflege in der ambulanten Pflege

Gesetzlich Krankenversicherte haben nach § 37 SGB V unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf häusliche Krankenpflege (HKP). Die häusliche Krankenpflege umfasst Grund- und Behandlungspflege, wobei Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 keinen An-

spruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung haben. Pflegebedürftige in vollstationärer Pflege erhalten Behandlungspflege regelhaft im Rahmen der Leistung der Pflegeversicherung. Mit dem im Herbst 2020 verabschiedeten Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) hat der Gesetzgeber zudem die bislang untergesetzlichen Regelungen zur häuslichen Intensivpflege mit dem eingeführten § 37c SGB V „Außerklinische Intensivpflege“ sozialrechtlich expliziert. Die folgenden Analysen differenzieren gleichwohl noch nicht nach „normaler HKP“ und „Außerklinischer Intensivpflege“ und beziehen sich zudem ausschließlich auf ambulant Pflegebedürftige.

■ **Tab. 19.2** gibt einen Überblick zur Inanspruchnahme der häuslichen Krankenpflege (HKP) nach § 37 SGB V. Während diese Leistungsform bei Nicht-Pflegebedürftigen nur eine untergeordnete Rolle spielt – nur drei von 1.000 Nicht-Pflegebedürftigen haben innerhalb der Quartale 2022 mindestens eine HKP-Leistung in Anspruch genommen –, erhielten 25 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen eine solche Leistung. In der Gesamtschau sind 85 % der HKP-Leistungsempfänger pflegebedürftig (■ **Abb. 19.20**).



■ **Abb. 19.20** Ambulant Pflegebedürftige und Nicht-Pflegebedürftige HKP-Leistungsempfänger, im Durchschnitt der Quartale, in % (2022). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

**Tab. 19.2** Anteil ambulant Pflegebedürftiger und Nicht-Pflegebedürftiger mit HKP-Leistung im Durchschnitt der Quartale, in % (2022). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

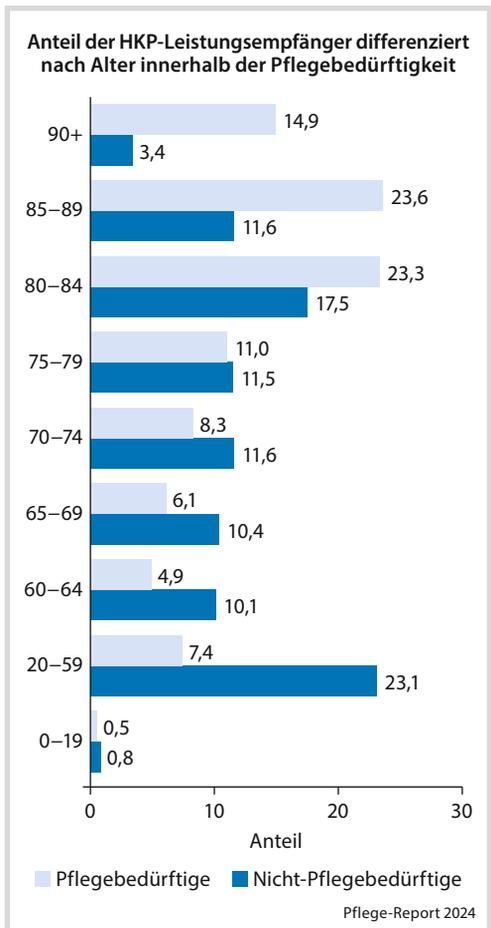
	Ambulante Pflegebedürftige	Nicht-Pflegebedürftige
Mind. eine HKP-Leistung	24,6	0,3
Keine HKP-Leistung	75,4	99,7

Pflege-Report 2024

Abb. 19.21 zeigt auf, dass hierbei die pflegebedürftigen HKP-Leistungsempfänger deutlich älter sind als die Nicht-Pflegebedürftigen. Während im Jahr 2022 beispielsweise 23 % aller nicht-pflegebedürftigen HKP-Bezieher zwischen 20 bis 59 Jahre alt waren, befanden sich nur 7 % der pflegebedürftigen HKP-Nutzer in dieser Altersgruppe. Andersherum waren rund 62 % der Pflegebedürftigen über 80 Jahre alt, bei den Nicht-Pflegebedürftigen mit HKP-Leistungsbezug hingegen nur 33 %.

Betrachtet man nun allein die HKP-Inanspruchnahme bei den Pflegebedürftigen, zeigt sich ein Anstieg mit der Schwere des Unterstützungsbedarfs: Während 14 % der Pflegebedürftigen mit Grad 1 eine Leistung erhielten, waren es in Grad 5 rund 39 % (Tab. 19.3). Die Unterschiede sind jedoch erheblich, wenn man nach der Versorgungsform differenziert: Von den reinen Geldleistungsempfängern bezogen nur 14 % HKP, während der Anteil bei Personen mit Einbindung eines Pflegedienstes auch im Kontext der SPV (Sach- und Kombinationsleistung) mit 69 % fast um das Fünffache höher lag (Tab. 19.3).

Schaut man innerhalb der Versorgungsformen, so zeigt sich, dass mehr als die Hälfte (54,3 %) der Pflegegeldbezieher mit HKP dem Pflegegrad 2 zuzuordnen waren, während dies bei den Sach- und Kombinationsleistungsempfängern lediglich knapp 38 % waren (Abb. 19.22a). Andersherum sinkt der An-

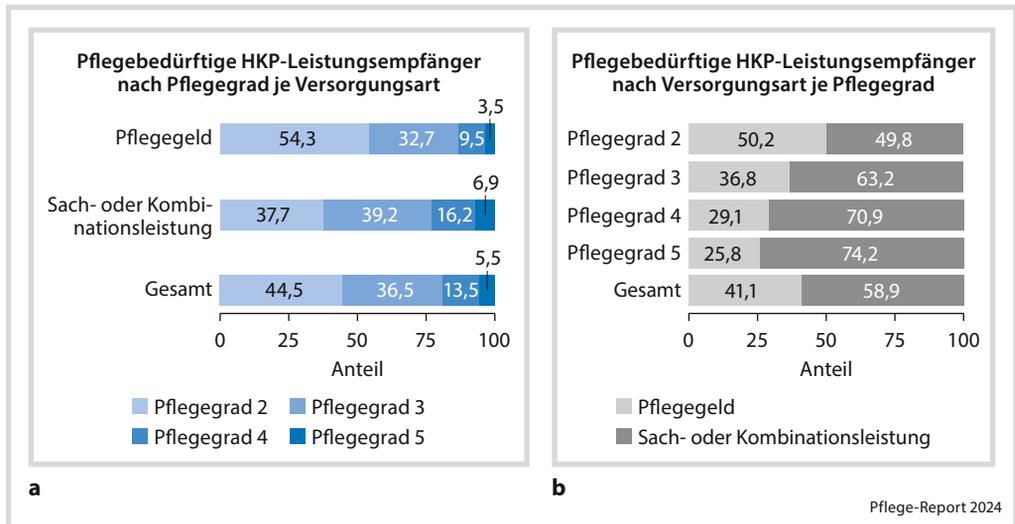


**Abb. 19.21** Nicht-Pflegebedürftige und Pflegebedürftige HKP-Leistungsempfänger nach Alter, im Durchschnitt der Quartale, in % (2022). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

**Tab. 19.3** Anteil pflegebedürftiger HKP-Leistungsempfänger nach Pflegegrad und Pflegeart, im Durchschnitt der Quartale, in % (2022). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

Pflegegrad	Pflegegeld	Sach- und Kombinationsleistung	Alle ambulant Pflegebedürftigen
Pflegegrad 1	–	–	14,1
Pflegegrad 2	14,0	63,2	22,9
Pflegegrad 3	14,6	73,2	29,5
Pflegegrad 4	13,9	73,8	32,8
Pflegegrad 5	16,2	75,1	38,8
<b>Alle Pflegegrade</b>	<b>14,2</b>	<b>69,3</b>	<b>24,6</b>

Pflege-Report 2024



**Abb. 19.22** Anteil Pflegebedürftiger HKP-Leistungsempfänger differenziert nach Pflegegrad je Versorgungsform (a) sowie nach Versorgungsform je Pflegegrad (b), im Durchschnitt der Quartale, in % (2022; ohne Pflegebe-

dürftige mit Pflegegrad 1). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

teil reiner Geldleistungsbezieher bezogen auf alle HKP-Leistungsbezieher je nach Schwere der Pflege. Waren von den HKP-Empfängern mit Pflegegrad 2 noch 50 % reine Geldleistungsempfänger, sind es im Pflegegrad 5 nur noch knapp 26 %. (Abb. 19.22b).

### 19.3.3 Stationäre Versorgung

Die Darstellung der Krankenhausversorgung von Pflegebedürftigen bezieht sämtliche vollstationären Fälle im Sinne des § 39 SGB V ein. Teil-, vor- und nachstationäre (§ 115a SGB XI) sowie ambulante (§ 115b SGB XI) Fälle sind

**Tab. 19.4** Übersicht zu den Krankenhausaufenthalten von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen, in % (2022). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

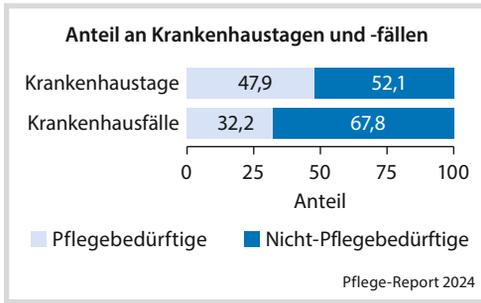
	Im Durchschnitt der Quartale		Im Jahr	
	Pflegebedürftige	Nicht-Pflegebedürftige	Pflegebedürftige	Nicht-Pflegebedürftige
Zahl der Fälle je Patientin/Patient	1,3	1,2	1,9	1,4
Krankenhaustage je Fall insgesamt	9,1	4,7	8,4	4,8
Altersgruppe in Jahren:				
0–19	6,8	3,8	6,4	3,9
20–59	8,6	3,9	7,6	4,0
60–64	9,5	5,4	8,3	5,5
65–69	9,6	5,7	8,4	5,9
70–74	9,6	5,9	8,5	6,1
75–79	9,5	6,0	8,6	6,4
80–84	9,3	6,2	8,6	6,8
85–89	9,0	6,4	8,7	7,6
90+	8,4	6,5	8,7	8,6
Während des Krankenhausaufenthalts verstorben: insgesamt*			11,9	2,1
Pflegegeld			12,3	
Sach- oder Kombinationsleistung			10,4	
Vollstationäre Pflege			13,7	
* Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sowie Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten Pflege-Report 2024				

nicht Bestandteil der Betrachtungen. Zudem werden ausschließlich Fälle mit abgeschlossener Rechnungsprüfung ausgewertet.

### Übersicht zur Inanspruchnahme

Bezogen auf das Quartal hatten (mindestens einmal) hospitalisierte Pflegebedürftige 1,3 und im Jahresblick 1,9 Krankenhausbearbeitungen (Tab. 19.4). Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen mit mehreren Krankenhausaufenthalten werden demzufolge innerhalb eines kurzen Zeitintervalls (d.h. innerhalb eines Quartals) mehrmals stationär behandelt. Je Aufenthalt sind Pflegebedürftige im Jahr durchschnittlich acht Tage und Nicht-

Pflegebedürftige fünf Tage im Krankenhaus (Tab. 19.4). Erwartungsgemäß hängt die Länge des Aufenthalts vom Alter ab: Bei der jungen Kohorte der bis 19-jährigen Pflegebedürftigen waren es im Jahr durchschnittlich sechs Krankenhaustage je Fall. 12 % der Pflegebedürftigen und 2 % der Nicht-Pflegebedürftigen verstarben im Krankenhaus. Im Jahr 2022 entfiel fast jeder dritte Krankenhausfall (32,2 %) auf Pflegebedürftige (Abb. 19.23). Die Analyse nach Krankenhaustagen unterstreicht die Bedeutung für den stationären Versorgungsalltag zusätzlich: Fast die Hälfte aller Krankenhaustage (47,9 %) entfiel 2022 auf pflegebedürftige Patientinnen und Patienten.



■ **Abb. 19.23** Anteil der Krankenhaustage und -fälle bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen im Durchschnitt der Quartale, in % (2022). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

## Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts variiert deutlich zwischen den Altersgruppen. Waren im Durchschnitt der Quartale 16 % aller Pflegebedürftigen im Krankenhaus (■ Tab. 19.5), betraf dies bei den unter 20-Jährigen nur 8 %, bei den Pflegebedürftigen im erwerbsfähigen Alter 20 bis 59 Jahre rund jede zehnte (10,5 %) und in der Alters-

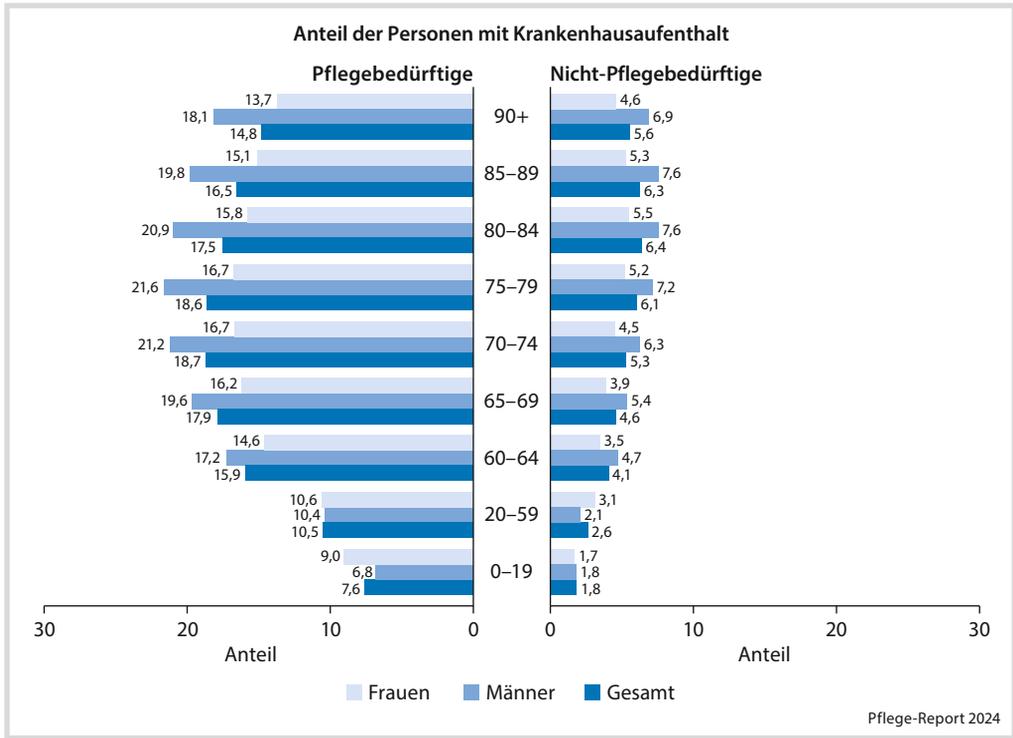
gruppe der 70- bis 74- sowie der 75- bis 79-Jährigen schließlich fast jede fünfte Person (18,7 % bzw. 18,6 %; ■ Abb. 19.24). Vergleicht man dies mit Krankenhausaufenthalten Nicht-Pflegebedürftiger, zeigt sich eine ähnliche Verteilung über die Altersgruppen, jedoch auf einem erwartungsgemäß deutlich niedrigeren Niveau. Anders als bei den Pflegebedürftigen ist hier in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen die Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt am höchsten (6,4 %). Bei beiden Gruppen sinkt die stationäre Behandlungsrate in den folgenden Altersgruppen wieder, jene der Pflegebedürftigen jedoch stärker. ■ Abb. 19.24 zeigt auch zwischen den Geschlechtern z. T. erhebliche Unterschiede: In den Jahrgängen unter 60 Jahren sind Frauen häufiger im Krankenhaus, ab 60 Jahre sind es dann die Männer. So wies 2022 beispielsweise fast jeder Vierte der 75- bis 79-jährigen pflegebedürftigen Männer (21,6 %) einmal im Quartal einen Aufenthalt im Krankenhaus auf, bei den Frauen betraf dies 17 %. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme zeigen sich – wiederum auf einem niedrigeren Niveau – auch bei den Nicht-Pflegebedürftigen.

■ **Tab. 19.5** Pflegebedürftige mit Krankenhausaufenthalt nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2022). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

Pflegegrade	Pflegegeld	Sach- und Kombinationsleistung	Vollstationäre Pflege	Alle Pflegebedürftigen*
Pflegegrad 1	–	–	–	11,7
Pflegegrad 2	13,1	15,2	18,6	13,7
Pflegegrad 3	15,6	19,8	20,0	17,3
Pflegegrad 4	18,6	24,0	20,7	20,3
Pflegegrad 5	20,2	26,0	18,4	20,3
Alle Pflegegrade	<b>14,6</b>	<b>19,0</b>	<b>19,8</b>	<b>15,7</b>

\* Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.

Pflege-Report 2024



**Abb. 19.24** Personen mit Krankenhausaufenthalt bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Alter und Geschlecht im Durchschnitt der Quartale, in % (2022).

(Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

### Inanspruchnahme nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Die Hospitalisierungsraten der Pflegebedürftigen je Quartal unterscheiden sich ferner je nach Versorgungsform (Tab. 19.5). Im Jahr 2022 wurden 15 % der ausschließlich Pflegegeld Beziehenden, 19 % der ambulant betreuten Pflegebedürftigen mit Pflegedienst sowie 20 % der stationär betreuten Pflegebedürftigen im Quartal mindestens einmal im Krankenhaus aufgenommen. Insgesamt steigt auch hier erwartungskonform der Anteil der Personen mit einem Krankenhausaufenthalt mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit (von Pflegegrad 2 bis Pflegegrad 4) insbesondere bei Pflegebedürftigen mit ambulanten Pflegeleistungen an. Die vollstationär Pflegebedürftigen kennzeichnet ein relativ konstantes Niveau

der Inanspruchnahme: Rund ein Fünftel waren im Quartal mindestens einmal hospitalisiert. Gleichwohl waren 2022 Pflegebedürftige im Pflegegrad 5 zu einem geringeren Anteil hospitalisiert (Tab. 19.5).

### 19.3.4 Versorgung mit Arzneimitteln

Die Betrachtung der Arzneimittelversorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland berücksichtigt die von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verordneten Medikamente. Die Analyse konzentriert sich dabei auf potenziell risikobehaftete Arzneimitteltherapien, welche die Gefahr unerwünschter Arzneimittelereignisse erhöhen können. Im Speziellen sind dies Kennzahlen zur gleichzeitigen Verord-

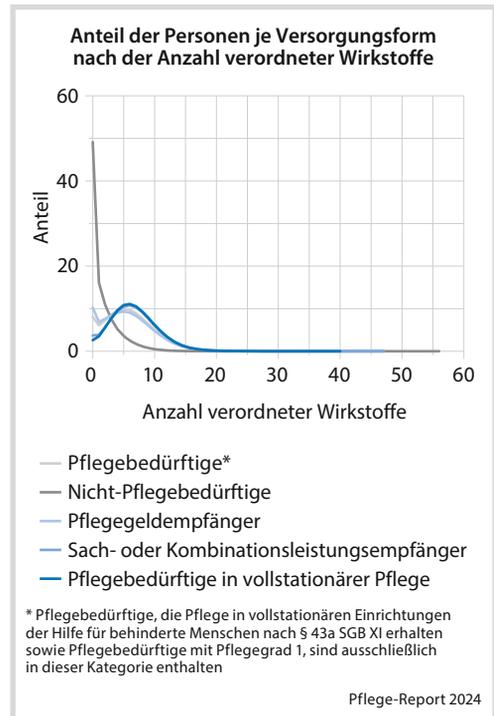
nung von mehreren Wirkstoffen (Polymedikation) und zur Versorgung mit für ältere Menschen potenziell ungeeigneten Wirkstoffen gemäß der sogenannten PRISCUS-Liste (s. u.). Ein vertiefender Blick widmet sich der Behandlung mit Psychopharmaka. Bei den Analysen werden die Arzneimittel nach Wirkstoffen unterschieden, 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).

### Polymedikation nach Alter

Mit zunehmender Morbidität bzw. zunehmendem Alter steigt das Risiko einer Polymedikation. Die Betroffenen weisen dann eine Vielzahl verschiedener Wirkstoffverordnungen auf. Mit dieser Verdichtung der pharmakologischen Therapie geht die Zunahme von unerwünschten Wechselwirkungen dieser Wirkstoffe einher. **Abb. 19.25** visualisiert, wie stark Pflegebedürftige im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen betroffen sind; denn knapp zwei Drittel der Pflegebedürftigen (60,5 %), jedoch lediglich 11 % der Nicht-Pflegebedürftigen erhielten in jedem Quartal des Jahres 2022 fünf oder mehr Wirkstoffe (siehe auch **Abb. 19.26**). Die höchste Wirkstoffrate findet sich bei den Pflegebedürftigen 70- bis 74-Jährigen: Hier wies ein Viertel (24,8 %) der Betroffenen zehn oder mehr Verordnungen unterschiedlicher Wirkstoffe pro Quartal auf. Dieser Wert war aufgerundet sechsmal so hoch wie bei den Nicht-Pflegebedürftigen der gleichen Altersgruppe (4,5 %).

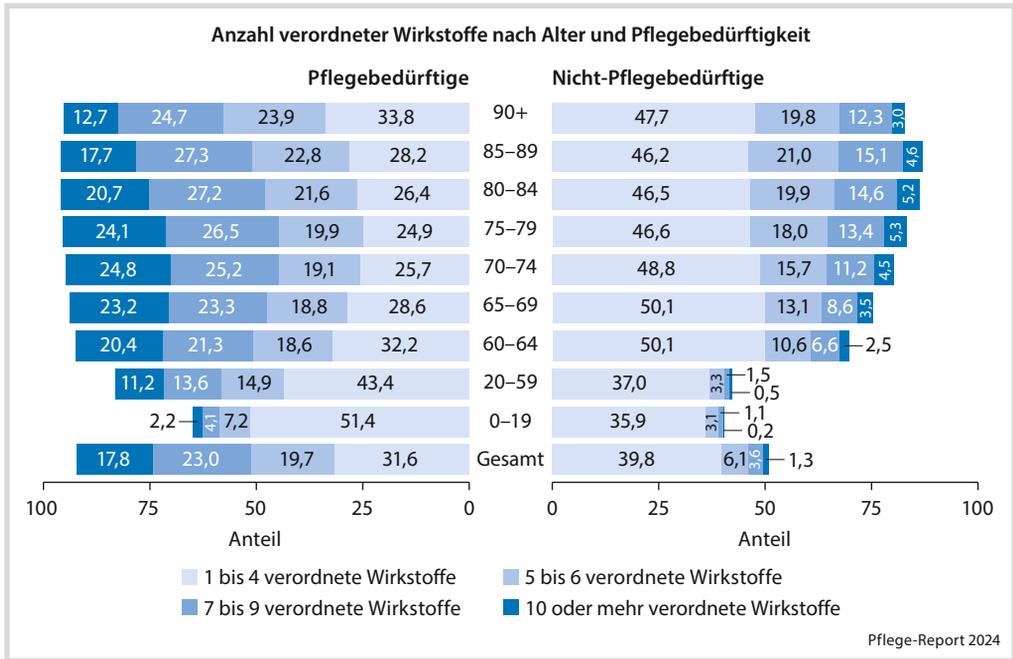
### Verordnung nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Eine nach Schwere der Pflegebedürftigkeit differenzierte Betrachtung der Polymedikation (mindestens fünf Wirkstoffe) zeigt ein recht



**Abb. 19.25** Anzahl verordneter Wirkstoffe bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen insgesamt und nach Versorgungsform, im Durchschnitt der Quartale, in % (2022). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

homogenes Bild. So schwankt der Anteil der polymedikamentös versorgten Pflegebedürftigen in Abhängigkeit vom Pflegegrad um die 60 % (**Tab. 19.6**) – ausgenommen Personen mit Pflegegrad 1 sind hier lediglich 55 % betroffen. Eine Variation der Polymedikationsrate zeigt sich jedoch in **Tab. 19.6** zwischen den unterschiedlichen Versorgungsformen: Pflegebedürftige im häuslichen Setting ohne Einbindung von Pflegediensten (ausschließlich Pflegegeld) wiesen 2022 deutlich seltener Verordnungen von fünf und mehr Wirkstoffen auf als jene in anderen Versorgungsformen. In der vollstationären Pflege findet sich mit 71 % der höchste Anteil an polymedikamentös Therapierten.



■ **Abb. 19.26** Anzahl verordneter Wirkstoffe bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Alter, im Durchschnitt der Quartale, in % (2022). (Quelle: AOK-

Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

■ **Tab. 19.6** Anteil der Pflegebedürftigen mit Polymedikation (Anzahl Wirkstoffe: mindestens 5) nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2022). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

Pflegegrade	Pflegegeld	Sach- und Kombinationsleistung	Vollstationäre Pflege	Alle Pflegebedürftigen*
Pflegegrad 1	–	–	–	54,8
Pflegegrad 2	58,3	67,7	71,3	59,6
Pflegegrad 3	57,5	71,8	73,5	62,5
Pflegegrad 4	55,1	70,4	71,5	63,2
Pflegegrad 5	49,5	66,2	63,1	58,5
Alle Pflegegrade	<b>57,5</b>	<b>69,5</b>	<b>70,8</b>	<b>60,2</b>

\* Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.  
Pflege-Report 2024

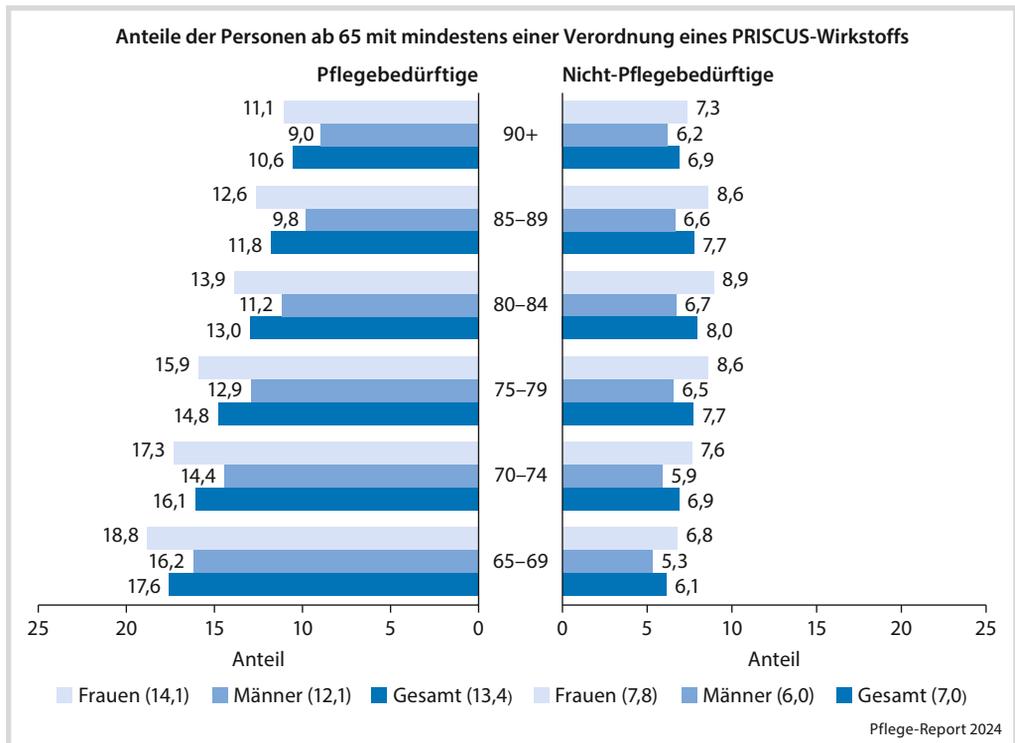
## PRISCUS-Wirkstoffe

Die mit dem Alter einhergehenden physiologischen Veränderungen haben Auswirkungen auf die Wirkung und Verstoffwechslung von Arzneistoffen. Ältere Patientinnen und 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 ab 65 Jahren als potenziell ungeeignet gelten (Holt et al. 2011). In Deutschland gibt es seit 2010 die sogenannte PRISCUS-Liste. Sie enthält 83 Wirkstoffe aus unterschiedlichen Wirkstoffgruppen, die für ältere Menschen potenziell ungeeignet sind. Eine aktualisierte Version dieser Liste mit weiteren Wirkstoffen, Angaben zur maximal empfohlenen Therapiedauer

und Dosierung wurde 2022 veröffentlicht. Die folgenden Analysen basieren auf der Erstversion von 2010.

## PRISCUS-Verordnung nach Alter und Geschlecht

Die Analyse von verordneten PRISCUS-Arzneien zeigt auf, dass Pflegebedürftige diese deutlich häufiger verordnet bekommen als Nicht-Pflegebedürftige gleichen Alters. Etwas weniger als jede siebte pflegebedürftige Person (13,4%) im Alter ab 65 Jahre erhielt 2022 mindestens einen Wirkstoff der PRISCUS-Liste (im Durchschnitt der Quartale). Bei den Nicht-Pflegebedürftigen ab 65 Jahre betraf dies etwas mehr als jede dreizehnte Person (7,0%). Das Risiko hierfür sinkt bei Pflegebedürftigen mit zunehmendem Alter (■ Abb. 19.27). Bei Nicht-Pflegebedürft-



■ **Abb. 19.27** Anteil der Personen ab 65 Jahre mit mindestens einer Verordnung eines PRISCUS-Wirkstoffs im Durchschnitt der Quartale, in % (2022). (Quelle: AOK-

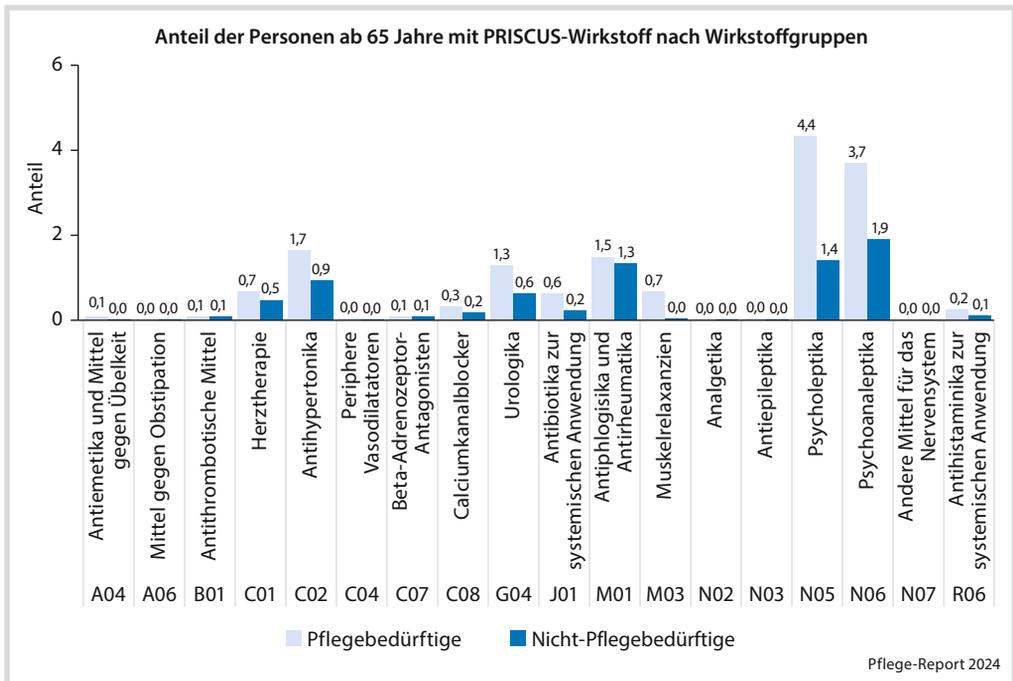
Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

tigen zeigt sich eine geringfügige Zunahme der Rate bis zur Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen und ein davon ausgehender leichter Rückgang bis zu den mindestens 90-Jährigen. Die Spanne zwischen den Polymedikationsraten der Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen verringert sich mit steigendem Alter sichtlich: Während die 65- bis 69-jährigen Pflegebedürftigen noch fast dreimal so häufig PRISCUS-Verordnungen erhielten wie die Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters, verblieben in der höchsten Altersgruppe der mindestens 90-Jährigen nur noch rund vier Prozentpunkte Unterschied zwischen Pflegebedürftigen und gleichaltriger Vergleichsgruppe (10,6 % versus 6,9 %; [Abb. 19.27](#)). Ferner zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern: Sowohl bei den Nicht-Pflegebedürftigen als auch bei den Pflegebedürftigen erhielten Frau-

en in allen Altersgruppen häufiger PRISCUS-Verordnungen als Männer. Dies korrespondiert damit, dass Frauen generell in bestimmten Altersgruppen mehr Arzneimittel als Männer verordnet bekommen (Schaufler und Telschow 2016).

### PRISCUS-Verordnung nach Wirkstoffgruppen

Die nach Wirkstoffgruppen differenzierte Analyse des Einsatzes von PRISCUS-Wirkstoffen kennzeichnet die Psychopharmaka als mit Abstand häufigste verordnete Gruppe. Für 4 % der Pflegebedürftigen über 65 Jahre ließ sich im Durchschnitt der Quartale 2022 mindestens eine Verordnung von Psycholeptika und ebenfalls für 4 % eine Verordnung von Psychoanaleptika feststellen – beide gelten als potenziell inadäquat bei älteren Menschen ([Abb. 19.28](#)).



**Abb. 19.28** Anteil der Personen ab 65 Jahre mit PRISCUS-Wirkstoff nach Wirkstoffgruppen im Durchschnitt der Quartale, in % (2022). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

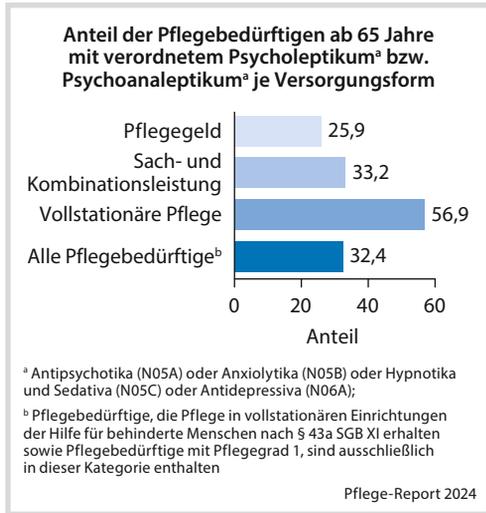
**Tab. 19.7** Anteil der Pflegebedürftigen ab 65 Jahre mit Verordnung von Psycholeptika bzw. Psychoanaleptika im Durchschnitt der Quartale, in % (2022). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

Wirkstoffgruppen	Nicht-Pflegebedürftige			Pflegebedürftige		
	Alle Arzneimittel	PRISCUS-Wirkstoff	Anteil mit PRISCUS-Wirkstoff	Alle Arzneimittel	PRISCUS-Wirkstoff	Anteil mit PRISCUS-Wirkstoff
Antipsychotika (N05A)	1,4	0,1	6,5	14,8	0,8	5,4
Anxiolytika (N05B)	1,0	0,5	51,3	4,4	1,4	32,5
Hypnotika und Sedativa (N05C)	1,2	0,8	69,4	4,0	2,3	57,8
Homöopathische und Antroposophische Psycholeptika (N05H)	0,0	0,0	–	0,0	0,0	–
Antidepressiva (N06A)	6,6	1,9	28,1	18,4	3,5	19,0
Psychostimulanzien (N06B)	0,1	0,1	88,6	0,2	0,2	95,5
Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C)	0,0	0,0	–	0,0	0,0	–
Antidementiva (N06D)	0,3	0,0	2,5	4,8	0,0	0,5

Pflege-Report 2024

Ein detaillierter Blick auf die Wirkstoffgruppe der Psycholeptika zeigt, dass 15 % der Pflegebedürftigen über 65 Jahre 2022 ein Antipsychotikum erhielten (Tab. 19.7). Von diesen verordneten Wirkstoffen ist jedoch lediglich 1 % in der PRISCUS-Liste aufgeführt; insgesamt 5 % der für 2022 beobachteten Antipsychotika-Verordnungen gelten dementsprechend als potenziell ungeeignet für die betagten Patienten (siehe „Anteil mit PRISCUS-Wirkstoff“). Anxiolytika (Beruhigungsmittel) sowie Hypnotika und Sedativa (Schlaf- und Beruhigungsmittel) hingegen werden insgesamt deutlich seltener verordnet. Die Wahrscheinlichkeit, in diesem Fall ein Arzneimittel mit PRISCUS-Wirkstoff zu erhalten, ist den

Analysen zufolge jedoch sehr hoch: Mehr als ein Drittel (32,5 %) der Pflegebedürftigen über 65 Jahre mit einer Verordnung aus der Gruppe der Anxiolytika erhielt einen Arzneistoff der PRISCUS-Liste. Bei den Hypnotika und Sedativa traf dies sogar auf fast zwei Drittel (57,8 %) der Personen mit Verordnung zu. Unter den Psychoanaleptika haben die Antidepressiva die höchsten Verordnungsraten: Jeder fünfte (18,4 %) Pflegebedürftige im Alter von über 65 Jahren wies eine Verordnung eines Antidepressivums auf – wiederum rund jeder fünfte (19,0 %) hiervon einen auf der PRISCUS-Liste aufgeführten Wirkstoff. Lediglich 5 % der Pflegebedürftigen erhielten ein Antidementivum; PRISCUS-Arzneimittel



■ **Abb. 19.29** Anteil der Pflegebedürftigen ab 65 Jahre mit Verordnung von mind. einem Psycholeptikum<sup>a</sup> bzw. Psychoanaleptikum<sup>a</sup> nach Versorgungsform, in % (2022). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

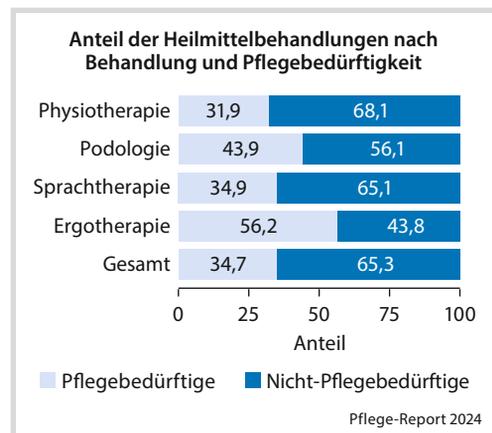
kommen hier nur selten vor (■ Tab. 19.7). Verordnungen von Psychostimulanzien sind kaum zu beobachten (0,2 %) – werden sie verordnet, findet sich jedoch nahezu jeder Wirkstoff auf der PRISCUS-Liste wieder. Bei den Nicht-Pflegebedürftigen sind die Verordnungsraten insgesamt auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Wird ein entsprechendes Mittel verordnet, ist jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um ein Arzneimittel der PRISCUS-Liste handelt, höher.

■ **Abb. 19.29** fasst die verordneten Psychopharmaka nochmals zusammen: Ein Drittel (32,4 %) der Pflegebedürftigen erhielt im Quartal mindestens ein Psycholeptikum bzw. Psychoanaleptikum, d. h. Antipsychotikum (N05A) oder Anxiolytikum (N05B) oder Hypnotikum und Sedativum (N05C) oder Antidepressivum (N06A). Bei den stationär Gepflegten traf dies mit 57 % auf deutlich über die Hälfte der Pflegeheimbewohnenden zu, während dieser Anteil bei ausschließlich Pflegegeld Beziehenden nur etwas weniger als halb so groß war (25,9 %).

### 19.3.5 Versorgung mit Heilmittelleistungen

Heilmittel werden eingesetzt, um Beeinträchtigungen durch eine Krankheit abzumildern, eine Krankheit zu heilen bzw. ihr Fortschreiten aufzuhalten oder 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. Im Durchschnitt der Quartale 2022 wurden 26 % der Pflegebedürftigen mit mindestens einer Behandlung versorgt (■ Tab. 19.8). Die mit großem Abstand häufigsten Heilmittelbehandlungen für Pflegebedürftige im Jahr 2022 entstammen dem Maßnahmenkatalog der Physiotherapie. Je Quartal waren im Mittel 21 % der Pflegebedürftigen in einer physiotherapeutischen Behandlung. Die jeweilige Therapieintensität – gemessen in Behandlungen je Patientin/Patient – unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern nur marginal.

■ **Abb. 19.30** zeigt die Verteilung nach Pflegebedürftigen sowie Nicht-Pflegebedürft-



■ **Abb. 19.30** Anteil Heilmittelbehandlungen bei Pflegebedürftigen im Durchschnitt der Quartale, in % (2022). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

**Tab. 19.8** Verordnungshäufigkeit nach Heilmittel-Leistungsbereichen im Durchschnitt der Quartale, in % (2022). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

	Anteil an Pflegebedürftigen mit mind. einer Verordnung			Anzahl Behandlungen je Patientin/Patient		
	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt
Physiotherapie	22,8	18,3	21,1	15,1	15,6	15,3
Podologie	2,7	2,9	2,8	7,1	7,0	7,1
Sprachtherapie	1,4	2,8	2,0	13,5	13,2	13,3
Ergotherapie	4,2	5,5	4,7	13,6	13,5	13,6
Gesamt	<b>27,1</b>	<b>24,1</b>	<b>25,9</b>	<b>14,1</b>	<b>14,1</b>	<b>14,1</b>

Pflege-Report 2024

**Tab. 19.9** Pflegebedürftige mit mindestens einer Physiotherapie-Behandlung nach Pflegegrad und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2022). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

Pflegegrade	Pflegegeld	Sach- und Kombinationsleistung	Vollstationäre Pflege	Alle Pflegebedürftigen*
Pflegegrad 1	–	–	–	16,4
Pflegegrad 2	18,5	22,2	22,0	19,0
Pflegegrad 3	19,6	27,8	25,6	22,4
Pflegegrad 4	22,0	33,0	24,8	25,5
Pflegegrad 5	30,0	41,9	24,7	30,3
Alle Pflegegrade	<b>19,5</b>	<b>27,2</b>	<b>24,6</b>	<b>21,1</b>

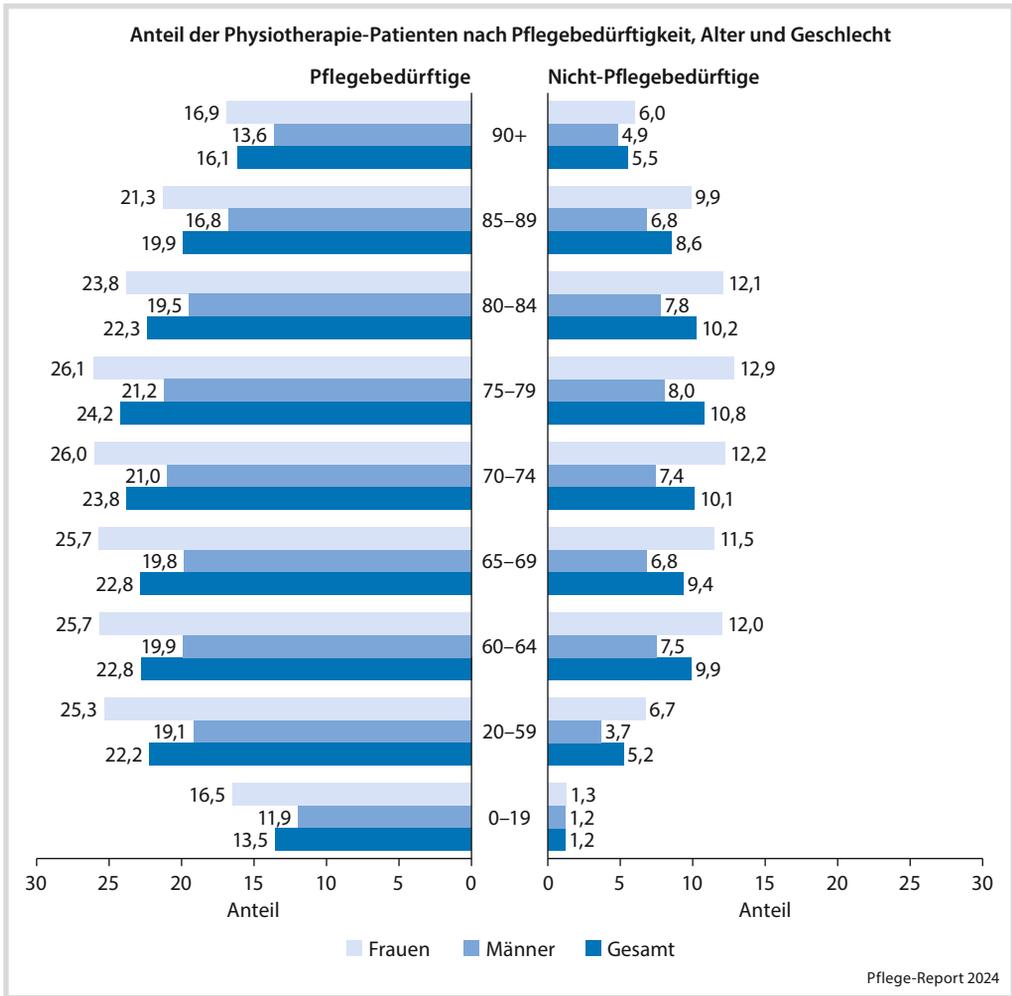
\* Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.

Pflege-Report 2024

tigen ausgehend von den in Anspruch genommenen Heilmittelbehandlungen durch die Versicherten insgesamt im Jahr 2022. Mehr als ein Viertel aller physiotherapeutischen Behandlungen (31,9 %) war demnach Bestandteil der Therapie von Pflegebedürftigen. Bei der Ergotherapie wurde mehr als die Hälfte (56,2 %) der Behandlungen von Pflegebedürftigen durchlaufen. Auch mehr als ein Drittel der Versicherten, die 2022 Maßnahmen der Podologie (43,9 %) oder der Sprachtherapie (34,9 %) in Anspruch nahmen, waren Pflegebedürftige.

## 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 Skelettsystems.



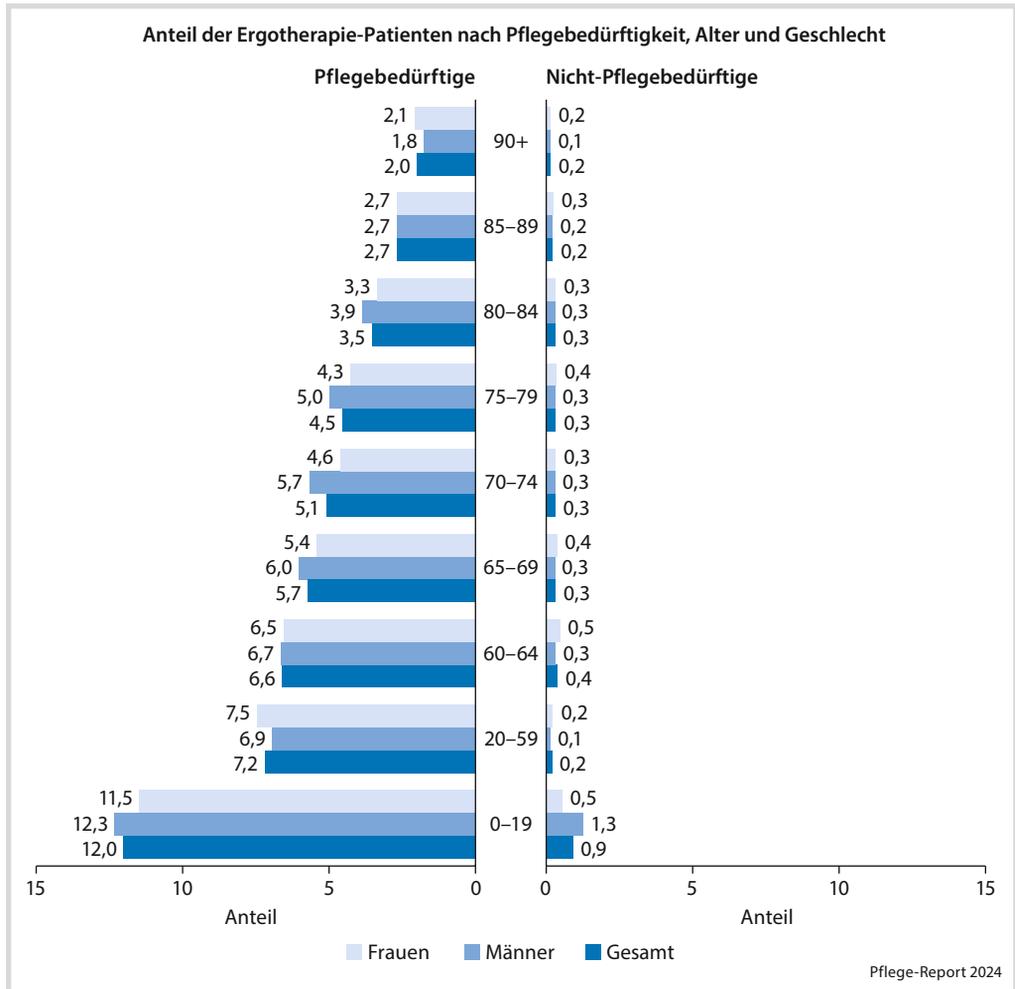
**Abb. 19.31** Pflegebedürftige und nicht-pflegebedürftige Physiotherapie-Patientinnen und -Patienten nach Alter und Geschlecht im Durchschnitt der Quartale, in % (2022).

(Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

rats und häufig auch die Schmerzreduktion. Jeder fünfte Pflegebedürftige (21,1 %) erhielt im Mittel der vier Quartale 2022 Physiotherapie (Tab. 19.9). Gemäß Abb. 19.31 ist der Anteil der physiotherapeutischen Patienten bei den weiblichen Pflegebedürftigen in jeder Altersgruppe höher als bei den männlichen. Die Nicht-Pflegebedürftigen erhalten insgesamt deutlich weniger Physiotherapie verordnet. Auch hier überwiegt der Anteil der Frauen mit Verordnungen gegenüber den Männern.

### Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlungen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Die Verordnung von Physiotherapie entwickelt sich erwartungsgemäß entlang der sich in Pflegebedürftigkeit äußernden körperlichen Einschränkungen. Vom Pflegegrad 1 und 2 (16,4 und 19 %) bis zum Pflege-



**Abb. 19.32** Pflegebedürftige und nicht-pflegebedürftige Ergotherapie-Patienten nach Alter und Geschlecht im Durchschnitt der Quartale, in % (2022). (Quelle: AOK-

Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

grad 5 (30,3%) nimmt der Anteil der Pflegebedürftigen mit physiotherapeutischer Unterstützung kontinuierlich zu (Tab. 19.9). Ausnahme ist hier die vollstationäre Pflege: Hier blieb dieser Anteil auf relativ konstantem Niveau. Die Analyse der Pflegesettings zeigt darüber hinaus, dass Pflegebedürftige mit ambulanten Sach- oder Kombinationsleistungen mit 27% überdurchschnittlich häufig diese Intervention in Anspruch nehmen.

## Inanspruchnahme ergotherapeutischer Behandlungen nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Ergotherapie umfasst motorisch-funktionelle, psychisch-funktionelle und sensomotorisch-perzeptive Therapien sowie das sogenannte Hirnleistungstraining. Ziel der ergotherapeutischen Maßnahmen ist die Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen und der Selbstversorgung bzw. deren Wiederher-

**Tab. 19.10** Pflegebedürftige mit mindestens einer Ergotherapie-Behandlung nach Pflegegrad und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2022). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

Pflegegrade	Pflegegeld	Sach- und Kombinationsleistung	Vollstationäre Pflege	Alle Pflegebedürftigen*
Pflegegrad 1	–	–	–	1,9
Pflegegrad 2	3,1	3,1	3,1	3,1
Pflegegrad 3	5,3	6,4	5,3	5,6
Pflegegrad 4	7,2	10,9	7,0	7,9
Pflegegrad 5	9,9	17,7	8,8	11
Alle Pflegegrade	<b>4,4</b>	<b>6,5</b>	<b>6,1</b>	<b>4,7</b>

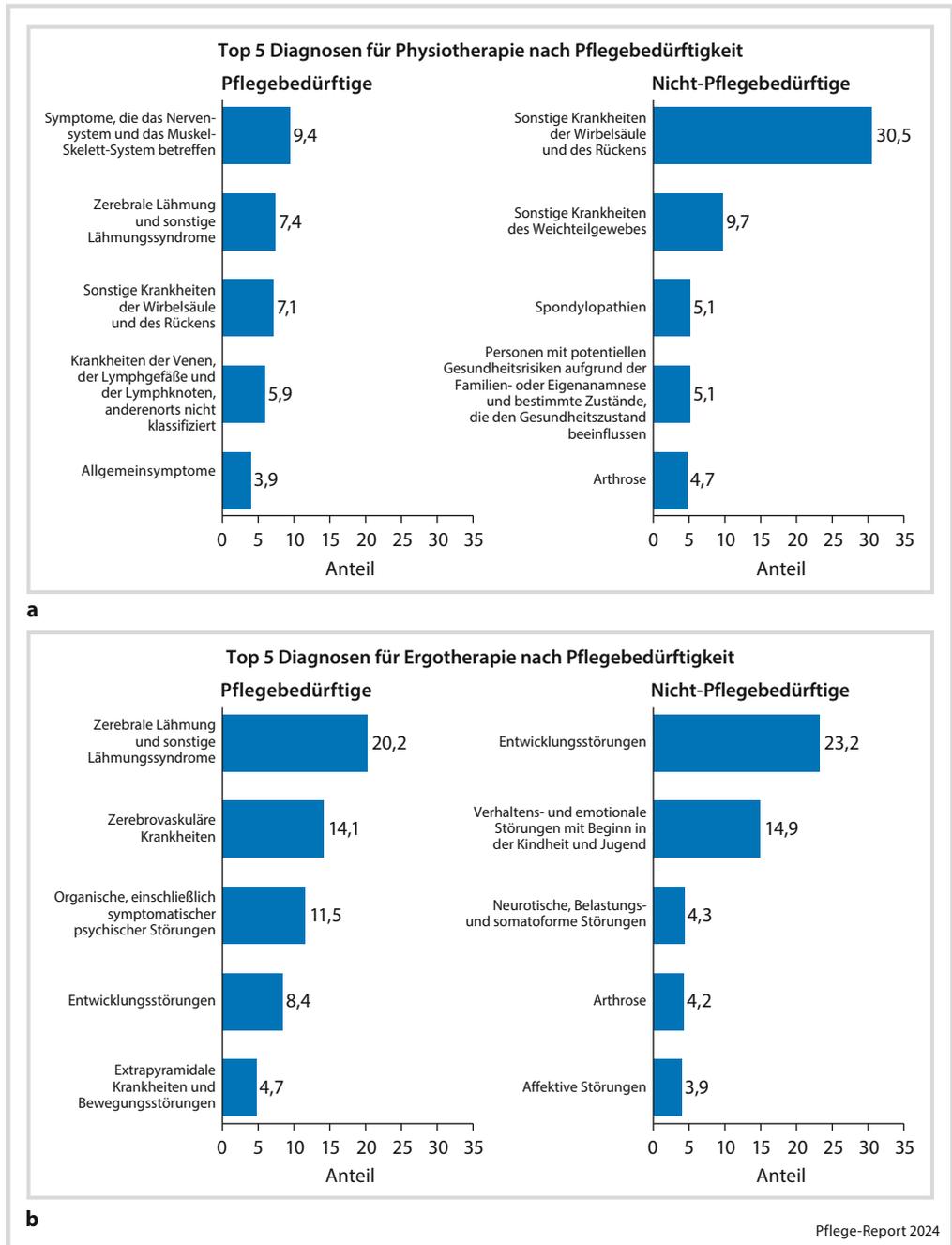
\* Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.  
Pflege-Report 2024

stellung. Bei Kindern kommt Ergotherapie u. a. bei motorischen Entwicklungsstörungen (UEMF) zum Einsatz, bei Erwachsenen stehen rehabilitative Maßnahmen nach Stürzen, Operationen und schweren Unfällen im Vordergrund, bei älteren Menschen wird sie primär bei Vorliegen demenzieller Syndrome oder zur palliativen Versorgung verordnet.

Abb. 19.32 unterstreicht, dass nur ein marginaler Anteil der Nicht-Pflegebedürftigen ergotherapeutische Leistungen in Anspruch nimmt. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der Kinder und Jugendlichen (0–19 Jahre): Hier ließen sich im Jahr 2022 knapp 1 % der nicht-pflegebedürftigen Jungen und Mädchen auf diese Weise behandeln. Demgegenüber erhielten rund 12 % der Pflegebedürftigen im gleichen Alterssegment eine Ergotherapie. Dieser Anteil sinkt mit steigendem Alter kontinuierlich bei beiden Geschlechtern.

### Inanspruchnahme ergotherapeutischer Behandlungen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Betrachtet man die Inanspruchnahme der Ergotherapie wiederum differenziert nach Versorgungsbereichen, so wird deutlich, dass der Anteil der Ergotherapie-Patientinnen und -Patienten mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit zunimmt. Auch hier zeigt die Analyse, dass Pflegebedürftige mit ambulanten Sach- oder Kombinationsleistungen etwas häufiger eine ergotherapeutische Behandlung erhalten (6,5 %) als Beziehende von ausschließlich Pflegegeld (4,4 %) und auch als vollstationär Gepflegte (6,1 %; Tab. 19.10).



■ **Abb. 19.33** Pflegebedürftige und nicht-pflegebedürftige Physiotherapie- und Ergotherapie-Patientinnen und Patienten nach den fünf häufigsten Diagnosen im Durch-

schnitt der Quartale, in % (2022). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2022])

## Diagnosen und physiotherapeutische sowie ergotherapeutische Behandlungen bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen

■ Abb. 19.33 gibt einen Überblick über die zehn häufigsten Diagnosen in der Physiotherapie und Ergotherapie bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen. Für ein Drittel (30,5 %) der nicht-pflegebedürftigen Physiotherapie-Patientinnen und Patienten waren „Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ (ICD-10: M50–M54) der Anlass für die Behandlung. Bei Pflegebedürftigen waren „Zerebrale Lähmungen und sonstige Lähmungssyndrome“ (ICD-10: G80–G83) der häufigste Grund für eine ergotherapeutische Behandlung (20,2 %), während Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen, die häufigste Diagnose für Physiotherapie war

(9,4 %). Knapp ein Viertel der nicht-pflegebedürftigen Patientinnen und -Patienten wurde aufgrund von Entwicklungsstörungen (ICD-10: F80–F89) ergotherapeutisch betreut (23,2 %).

## Literatur

- Holt S, Schmiedl S, Thürmann P (2011) Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste (Stand 01.02.2011). [http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste\\_PRISCUSTP3\\_2011.pdf](http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUSTP3_2011.pdf). Zugegriffen: 2. Apr. 2022
- Schauffer J, Telschow C (2016) Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg) Arzneiverordnungs-Report 2016. Springer, Berlin Heidelberg
- Schwinger A, Jürchott K, Tsiasioti C, Matzk S, Behrendt S (2023) Epidemiologie der Pflege: Prävalenz und Inanspruchnahme sowie die gesundheitliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 66:479–489. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03693-5>

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



# Service teil

Die Autorinnen und Autoren – 306

Stichwortverzeichnis – 323

## Die Autorinnen und Autoren

---

### Felipe Argüello Guerra

---

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)  
Berlin



Felipe Argüello Guerra ist in Guatemala Stadt geboren und aufgewachsen. Er hat an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster Politik und Soziologie studiert und absolviert derzeit einen Masterstudiengang in Sozialwissenschaft an der HU Berlin. Seine Themenschwerpunkte sind neben soziologischen und politischen Theorien der Gegenwart stadtsoziologische Fragestellungen sowie in seiner Abschlussarbeit kultur- und wissenssoziologische Fragen zum Lebensende in der Reflexiven Moderne. Seit November 2021 arbeitet er im Forschungsbereich Pflege im WiDO zu Themen der Qualitätssicherung in der Pflege und der Versorgung am Lebensende in stationären Einrichtungen.

### Susann Behrendt

---

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)  
Berlin



Studium der Kommunikationswissenschaft, Soziologie und Interkulturellen Wirtschaftskommunikation an der Friedrich-Schiller-Universität Jena, der Universidad de Salamanca und der University of Limerick. Wissenschaftliche Tätigkeiten am Europäischen Migrationszentrum, am Statistischen Bundesamt sowie am IGES Institut mit Schwerpunkt Versorgungsforschung, Qualitätsmessung und Sekundärdatenanalysen. Seit Dezember 2017 als wissenschaftliche Mitarbeiterin im WiDO befasst mit Themen rund um die Versorgungsqualität in der Langzeitpflege und insbesondere zuständig für die „Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten“ (QMPR). Seit September 2024 Leiterin des Forschungsbereichs Pflege im WiDO.

## Dr. Grit Braeseke

---

IGES Institut GmbH  
Berlin



Dr. Grit Braeseke ist Wirtschaftswissenschaftlerin (TU Dresden) und seit 2016 Bereichsleiterin Pflege beim IGES Institut GmbH in Berlin. Seit mehr als 25 Jahren arbeitet sie in der Gesundheits- und Versorgungsforschung. Arbeitsschwerpunkte sind der internationale Vergleich von Gesundheitssystemen, sozialpolitische Herausforderungen des demographischen Wandels, die Finanzierung von Gesundheits- und Pflegeleistungen und der Aufbau effizienter Versorgungsstrukturen, der volkswirtschaftliche Beitrag, die Produktivität und Innovationen der Gesundheits- und Pflegewirtschaft, Digitalisierung und altersgerechte Assistenzsysteme (AAL), Themen rund um den Fachkräftemangel (einschließlich Migration von Gesundheitspersonal) und Ausbildung in der Pflege.

## Dr. Andrea Budnick

---

Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft  
Berlin



Dr. Andrea Budnick ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Sie studierte Sozialwissenschaften an der Humboldt-Universität zu Berlin und der Universität Utrecht, Niederlande. Sie promovierte zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige“ an der Charité. Zu ihren aktuellen Forschungsschwerpunkten gehört die Versorgungsforschung für ältere Menschen (z. B. pflegende Angehörige, Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner).

## Prof. Dr. Andreas Büscher

---

Hochschule Osnabrück  
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung  
in der Pflege (DNQP)  
Osnabrück



Prof. Dr. Andreas Büscher, Krankenpfleger und Pflegewissenschaftler. Promotion am Department of Nursing Science der University of Tampere/Finnland. Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke und am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Seit 2011 Professor für Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück und seit 2012 wissenschaftlicher Leiter des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

## Steffen Dißmann, M. Ed.

---

Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Klinik für Geriatrie und Altersmedizin,  
Forschungsgruppe Geriatrie  
Berlin



Steffen Dißmann ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der AG Pflegeforschung, Forschungsgruppe Geriatrie, der Charité – Universitätsmedizin. Als gelernter Krankenpfleger und Medizinpädagoge arbeitete er elf Jahre an der Akademie der Gesundheit Berlin/Brandenburg e. V. (AdG) als Lehrender, stellvertretender Schulleiter Pflegeschule sowie im Bereich der Weiterbildung. Zudem war er an der Konzeption eines primärqualifizierenden Pflegestudiengangs an der AdG beteiligt, wo er anschließend als Akademischer Mitarbeiter tätig war. Derzeit befindet er sich in den Vorbereitungen zur Promotion.

## Dr. Michael Drupp

---

AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse  
Hannover



Studium der Sozialwissenschaften und Promotion an der Ruhr-Universität Bochum. Nach Tätigkeiten als wissenschaftlicher Mitarbeiter am dortigen Lehrstuhl für Sozialpolitik und öffentliche Wirtschaft sowie in der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ beim Deutschen Bundestag in Bonn war er in verschiedenen Führungsfunktionen beim AOK-Landesverband und der AOK Niedersachsen tätig. Im Rahmen einer Abordnung hat er vom 01.01.2019 bis zum 30.06.2021 beim AOK-Bundesverband in Berlin das Projekt „BGF in der Pflege“ geleitet. Heute führt er den Unternehmensbereich „BGM und Prävention in der Pflege“ bei der AOK Niedersachsen.

## Prof. Dr. Antje Ducki

---

Berliner Hochschule für Technik (BHT)  
Fachbereich I: Wirtschafts- und Gesellschafts-  
wissenschaften  
Berlin



Nach Abschluss des Studiums der Psychologie an der Freien Universität Berlin als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der TU Berlin tätig. Betriebliche Gesundheitsförderung für die AOK Berlin über die Gesellschaft für Betriebliche Gesundheitsförderung, Mitarbeiterin am Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, Hochschulassistentin an der Universität Hamburg. 1998 Promotion in Leipzig. Seit 2002 Professorin für Arbeits- und Organisationspsychologie an der Berliner Hochschule für Technik (BHT). Arbeitsschwerpunkte: Arbeit und Gesundheit, Gender und Gesundheit, Mobilität und Gesundheit, Stressmanagement, Betriebliche Gesundheitsförderung.

## Dr. Simon Eggert

---

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)  
Berlin



Simon Eggert ist Geschäftsleiter Forschung und Kommunikation beim Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Er war unter anderem Gastwissenschaftler am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin und wurde dort promoviert. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen in den Themenfeldern Prävention von Gewalt gegen ältere Menschen und bei Pflegebedürftigkeit, Sicherheit in der Pflege, Belastungen und Konflikte im häuslichen Pflegesetting sowie Lebensende und Lebensmüdigkeit im Kontext Pflegebedürftigkeit. Auf Menschen mit Demenz und ihren Familien liegt dabei ein übergreifender Fokus.

## Michaela Evans-Borchers

---

Institut Arbeit und Technik (IAT)  
Westfälische Hochschule Gelsenkirchen  
Gelsenkirchen



Michaela Evans-Borchers ist Direktorin des Forschungsschwerpunktes „Arbeit und Wandel“ am Institut Arbeit und Technik (IAT) an der Westfälischen Hochschule in Gelsenkirchen.

## Prof. Dr. Stefan Greß

---

Hochschule Fulda  
Fachbereich Pflege und Gesundheit  
Fulda



Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie und Dekan des Fachbereichs Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Krankenversicherungsöko-

nomie, internationaler Gesundheitssystemvergleich, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung.

### **Martin Hocquel-Hans**

---

Charité – Universitätsmedizin Berlin  
AG Pflegeforschung  
Berlin



Martin Hocquel-Hans ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, AG Pflegeforschung, und freiberuflicher Software- und Hardwareentwickler. Er hat Medizinpädagogik studiert und ist als Gesundheits- und Krankenpfleger ausgebildet. Vor seiner Tätigkeit in der Forschung war er als Dozent an verschiedenen Pflegeschulen und als Gesundheits- und Krankenpfleger in der Intensivmedizin aktiv. Martin Hocquel-Hans wurde 2024 mit dem 3. Platz des i-Ways Innovation Award ausgezeichnet.

### **Aiske Ihnken, M. Sc.**

---

Bayerisches Landesamt für Pflege  
Amberg



Aiske Ihnken ist seit Januar 2021 am Bayerischen Landesamt für Pflege in der Abteilung für pflegefachliche Aufgaben im Referat Pflegeinnovation tätig. Sie ist dort als wissenschaftliche Mitarbeiterin u. a. für das Projekt Pflegestrukturplanung zuständig und in den Bereich Netzwerk- und Bildungsangebote eingebunden. Zuvor studierte sie Gerontologie an der Universität Vechta und an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

### **Prof. Dr. Klaus Jacobs**

---

Berlin



Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld. Promotion an der FU Berlin. Von 1981 bis 1987 wissenschaftlicher Mitarbeiter an

der FU Berlin und am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Von 1988 bis 2002 Gesundheitsökonom im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. 2002 bis 2023 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO).

### **Dr. Kathrin Jürchott**

---

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)  
Berlin



Studium der Biochemie und Molekularbiologie an der Humboldt-Universität zu Berlin. Danach mehrere Jahre in Forschung und Entwicklung tätig in Bereichen der Genomforschung und Bioinformatik. Seit 2013 Mitarbeiterin des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). Zuständig für Datenbankmanagement und Datenanalyse im Bereich Pflege.

### **Dr. Tanja Kavrur**

---

Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben  
Berlin



Studium der Volkswirtschaft und der Soziologie in Tübingen, Cordoba (Argentinien) und Hamburg. Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Sonderforschungsbereich 597 „Staatlichkeit im Wandel“ der Universität Bremen. Promotion zu transnationalen Sozialen Dialogen mit dem Schwerpunkt auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Seit 2016 Leiterin der Geschäftsstelle des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf im Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben.

### **Irmelind Kirchner**

---

AOK-Bundesverband  
Berlin



Irmelind Kirchner schloss ihr erstes Studium in Bonn und Tokio als Diplom-Übersetzerin ab und verbrachte die 1990er Jahre zum großen Teil in Japan. Im Anschluss daran erwarb sie einen Masterabschluss in Local Governance am Institute of Local Government Studies (IN-LOGOV) der Universität Birmingham (GB) und arbeitete bis 2013 für das Japan Local Government Centre London als Research and Policy Manager. Seit 2014 ist sie für den AOK-Bundesverband tätig, seit 2019 in der Abteilung Pflege, wo sie sich vorrangig mit der Schnittstelle zwischen Pflegekasse und Kommune einschließlich Themen der Pflegeberatung befasst.

## Jürgen Klauber

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)  
Berlin



Studium der Mathematik, Sozialwissenschaften und Psychologie in Aachen und Bonn. Seit 1990 im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) tätig. Von 1992 bis 1996 Leitung des Projekts GKV-Arzneimittelindex im WiDO, von 1997 bis 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. Thomas Klie

Starnberg-Leutstetten



© EH Freiburg Fotograf Marc Doradzillo

Prof. Dr. habil. Thomas Klie, bis 2021 Professor an der Evangelischen Hochschule Freiburg, Leiter der Institute agp Sozialforschung und Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung in Freiburg und Berlin. Geschäftsführer der SOCLES gGmbH, Rechtsanwalt und Justitiar der VdPB München.

## Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy

Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Prodekanat für Studium und Lehre  
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 Charité-Centrum. 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 Mai 2014 Prodekanin für Studium und Lehre der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

### **Prof. Dr. Nils Lahmann, MSE**

---

Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Klinik für Geriatrie und Altersmedizin,  
Forschungsgruppe Geriatrie  
Berlin



Nils Lahmann ist Professor für Pflegewissenschaft an der Medical School Berlin und stellvertretender Direktor der Forschungsgruppe Geriatrie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. In seinem Fachbereich Digitalisierung & Pflege forschen derzeit über 20 ausschließlich drittmittelfinanzierte wissenschaftliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Nach seinem Masterabschluss 2009 in Epidemiologie (M. Sc.) hat er 2012 an der Charité im Fach Pflegewissenschaft habilitiert. Im Rahmen der geriatrischen Pflege- und Versorgungsforschung beschäftigt er sich im Besonderen mit der Entwicklung, Adaption und Evaluation von innovativen Hilfsmit-

tern sowie gesundheits- und pflegerelevanten technologischen Innovationen. Als Projektleiter hat er verschiedene Forschungs- und Entwicklungsprojekte mit unterschiedlichen Kooperationspartnern aus Wissenschaft und Industrie durchgeführt. Das Spektrum dieser Projekte reicht von innovativer Sensorik und Robotik bis hin zu neuesten Kommunikationstechnologien. Darüber hinaus ist er sehr aktiv und erfolgreich in der Versorgungsforschung. Gemeinsam mit Prof. Dr. R. Somasundaram wurde er als Konsortialführer 2024 für das Innovationsfonds-Projekt „Stay@Home-Treat@Home“ mit dem mit 100.000 € dotierten „Ideas for Impact“-Preis des Bosch Health Campus ausgezeichnet.

### **Prof. Dr. Dirk Lehr**

---

Leuphana Universität  
Lüneburg



Dirk Lehr ist Professor für Gesundheitspsychologie und Angewandte Biologische Psychologie an der Leuphana Universität Lüneburg. Zuvor war er als Projektleiter von GET.ON GesundheitsTraining.Online im Innovations-Inkubator an der Leuphana Universität tätig, forschte als Medizin-Psychologe am Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg und arbeitete in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg. Er ist als Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie) approbiert.

Das Thema Occupational eMental Health bildet den Schwerpunkt seiner Arbeit. Mit seinem Team hat er zahlreiche digitale Trainings zur mentalen Gesundheit für Berufstätige entwickelt und auf ihre Wirksamkeit untersucht. Diese zielen auf die Förderung von Resilienz, Ressourcen und Erholung ebenso ab wie auf die Reduktion von chronischem Stress, Grübeln und Sorgen, depressiven Beschwerden, Ängsten oder Schlafstörungen. Zudem arbeitet er zu Technologie-Akzeptanz und zur Implementierung digitaler Angebote in Betriebliche Gesundheitsförderung und den Arbeitsschutz.

### Prof. Dr. Simone Leiber

---

Universität Duisburg-Essen  
Essen



Simone Leiber ist promovierte Politikwissenschaftlerin und war von 2000 bis 2004 Doktorandin sowie Postdoktorandin am Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung in Köln. Von 2004 bis 2010 leitete sie das Referat für Sozialpolitik am Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung. Von 2010 bis 2017 war sie Professorin für Sozialpolitik an der Hochschule Düsseldorf. Seit 2017 ist sie Professorin für Politikwissenschaften mit Schwerpunkt Sozialpolitik an der Universität Duisburg-Essen. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung mit den Schwerpunkten Pflegepolitik und Pflegemigration.

### Julia Lenhart

---

Bayerisches Landesamt für Pflege  
Amberg



Julia Lenhart ist seit April 2022 am Bayerischen Landesamt für Pflege tätig. Die Gestaltung des Strategieprozesses „Gute Pflege. Daheim in Bayern.“ gehörte u. a. zu ihren Aufgaben. Seit Januar 2024 ist sie stellvertretende Referatsleitung im Referat Versorgungsforschung. Sie studierte Soziologie an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg und an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

### Dr. Thomas Lennefer

---

AOK-Bundesverband  
Berlin



Dr. Thomas Lennefer promovierte an der Humboldt-Universität zu Berlin im Fach

Psychologie am Lehrstuhl für Occupational Health Psychology. In seiner Doktorarbeit widmete er sich unter anderem der Fragestellung, inwiefern digitale Gesundheitsinterventionen die Gesundheit der Beschäftigten im betrieblichen Kontext stärken können. Neben seiner Arbeit im AOK-Bundesverband, in der er für die Strategie- und Konzeptentwicklung verschiedener BGM-Themen zuständig ist, arbeitet er selbstständig als Coach und Trainer und unterstützt Unternehmen sowie Sportler und Sportlerinnen in der Förderung der psychischen Gesundheit.

## Julia Lenzen

---

Institut Arbeit und Technik (IAT)  
Westfälische Hochschule, Gelsenkirchen  
Gelsenkirchen



Julia Lenzen ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsschwerpunkt „Arbeit und Wandel“ am Institut Arbeit und Technik (IAT) an der Westfälischen Hochschule in Gelsenkirchen.

## Valerie Leukert, M. Sc.

---

Bayerisches Landesamt für Statistik  
Fürth



Valerie Leukert ist seit April 2017 am Bayerischen Landesamt für Statistik tätig und beschäftigt sich als Referentin im Sachgebiet „Bevölkerung, Kompetenzzentrum Demographie“ insbesondere mit Bevölkerungsvorausberechnungen und dem demographischen Wandel in Bayern. Zuvor studierte sie Soziologie an der Universität Bremen und anschließend Demographie an der Universität Rostock.

## Werner Mall

---

AOK Nordost  
Potsdam



Werner Mall war bis 1997 wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Institut für Gesundheits- und

Sozialforschung (IGES). Bis 2001 war er Vertragsreferent beim IKK Landesverband Brandenburg und Berlin, bis 2009 war er Leiter des Geschäftsbereichs „Prävention und Rehabilitation“ bei der AOK Berlin. Bis 2019 war er Leiter des Unternehmensbereichs „Prävention“ bei der AOK Nordost, seit 2020 ist er dort Beauftragter für Gesundheitsförderung.

## Sören Matzk

---

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
Berlin



Studium der Bioinformatik an der Universität Potsdam. Danach tätig als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für Molekulare Genetik und an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Seit 2018 Datenbank- und Softwareentwickler im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO).

## Julia Meier, M. A.

---

Bayerisches Landesamt für Pflege  
Amberg



Julia Meier ist seit März 2021 am Bayerischen Landesamt für Pflege in der Abteilung für pflegfachliche Aufgaben im Referat Versorgungsforschung tätig. Sie ist dort als wissenschaftliche Mitarbeiterin u. a. für das Projekt Pflegestrukturplanung zuständig und in die Bereiche Projektkoordination sowie Netzwerk- und Bildungsangebote eingebunden. Zuvor studierte sie Integrative Gesundheitsförderung an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg und Gesundheitsmanagement an der Hochschule für Technik und Wirtschaft Aalen.

## Dr. Lisa Peppler

---

Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Institut für Medizinische Soziologie und Reha-  
bilitationswissenschaften  
Berlin



Dr. phil. Lisa Peppler ist seit 2018 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Versorgungsforschung am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Migration und Diversität im Gesundheitswesen mit besonderer Berücksichtigung des Gesundheitspersonals. Ihre Dissertation über die türkisch-deutsche Medizinermigration verfasste sie als Stipendiatin eines DFG-Graduiertenkollegs am Institut für Kulturanthropologie/Europäische Ethnologie der Georg-August-Universität Göttingen. Im aktuellen Projekt „CareTrans“ steht die Zusammenarbeit in stationären Pflegeteams im Fokus, die hinsichtlich der Herkunftsländer, Qualifikationen und Generationenzugehörigkeiten der Pflegenden sehr divers sind.

## Anja Schödwell

---

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.  
Berlin



Anja Schödwell ist seit 2020 wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. und leitet das Projekt „Stärkung des Selbsthilfepotenzials bei pflegenden Angehörigen durch Selbsthilfekontaktstellen“. Nach abgeschlossener Berufsausbildung zur Verwaltungsfachangestellten im Auswärtigen Amt absolvierte sie bis 2015 das Bachelorstudium Pflegewissenschaft und Pflegemanagement und bis 2020 das Masterstudium Prävention und Gesundheitspsychologie. Seit ihrer Schulzeit ist sie pflegende Angehörige.

## Dr. Martin Schölkopf

---

Bundesministerium für Gesundheit  
Berlin



Nach dem Studium der Verwaltungswissenschaften an der Universität Konstanz dort von 1994 bis 1999 wissenschaftlicher Mitarbeiter und Assistent am Lehrstuhl für Sozialpolitik. Promotion mit einer Dissertation über „Altenpflegepolitik in der Bundesrepublik Deutschland“; von 2000 bis 2003 Referent im Bereich Politik der Deutschen Krankenhausgesellschaft, von 2004 bis 2005 Leiter des Referats „Finanzielle Grundsatzfragen der Sozialpolitik“ im BMGS, von 2006 bis 2013 Leiter des Referats „Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik“ im BMG, dort von 2013 bis 2022 Leiter der Unterabteilung „Pflegesicherung“, seit 2022 Leiter der Abteilung „Pflegeversicherung und Pflegestärkung“. Zahlreiche Publikationen und Vorträge zur Sozial-, Gesundheits- und Pflegepolitik.

## Dr. Antje Schwinger

---

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
Berlin



Pflegestudium an der Napier University Edinburgh und Studium der Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln. Nach Tätigkeiten im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) und im AOK-Bundesverband mehrere Jahre am IGES Institut tätig mit den Themenschwerpunkten vertragsärztliche Vergütung und Pflegeforschung. Leitung des Forschungsbereichs Pflege im WIdO. 2017 Abschluss der Promotion an der Universität Bremen zum Thema Pflegekammern.

## Susanne Sollmann

---

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
Berlin



Susanne Sollmann studierte Anglistik und Kunsterziehung an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und am Goldsmiths College, University of London. Von 1986 bis 1988 war sie wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Informatik der Universität Bonn. Seit 1989 ist sie im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) tätig, u. a. im Projekt Krankenhausbetriebsvergleich und im Forschungsbereich Krankenhaus. Verantwortlich für das Lektorat des Pflege-Reports.

### **Prof. Dr. Sandra Strube-Lahmann**

---

Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Klinik für Geriatrie und Altersmedizin,  
Forschungsgruppe Geriatrie  
Berlin



Sandra Strube-Lahmann ist gelernte Krankenschwester, Diplompflegepädagogin und promovierte Pflegewissenschaftlerin. Sie arbeitete als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Deutschen Bundestag und im Abgeordnetenhaus von Berlin. Sie war Mitglied der Geschäftsführung an der Akademie der Gesundheit Berlin/Brandenburg e. V. und verantwortete dort die Konzeptionierung und Entwicklung zweier primärqualifizierender Studiengänge. Sie ist Leiterin der AG Pflegeforschung an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Forschungsgruppe Geriatrie. Zudem ist sie Mitglied im Verein zur Förderung eines Nationalen Gesundheitsberufes (NGBR) und ist als stellvertretende Sektionssprecherin der Sekti-

on Hochschulische Pflegeausbildung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft aktiv.

### **PD Dr. Ralf Suhr**

---

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)  
Berlin



Ralf Suhr ist seit 2009 Vorstandsvorsitzender der von der PKV errichteten gemeinnützigen Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Seine Forschungsschwerpunkte sind u. a. die Qualität in der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Menschen, Entstehungsbedingungen und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sowie Prävention von Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen und Sicherheit in der Pflege. Zuvor war er als Arzt in der Klinik, in der Alzheimerforschung sowie als Experte für Gesundheits- und Pflegethemata in einer internationalen Strategieberatung tätig. Er ist für das Fach Medizinische Soziologie und Versorgungsforschung habilitiert und lehrt als Gastwissenschaftler an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Seit 2016 ist er auch Vorstandsvorsitzender der Stiftung Gesundheitswissen.

## Dr. Christian Teubner

---

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)  
Berlin



Christian Teubner ist Volkswirt mit Arbeitsschwerpunkt Gesundheitsökonomie und hat seinen Abschluss an der Universität Mannheim gemacht. Nach langjähriger Beratungstätigkeit im Bereich der Akutversorgung ist er seit 2012 beim Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) als wissenschaftlicher Mitarbeiter beschäftigt.

## Chrysanthi Tsiasioti

---

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
Berlin



Diplomstudium der Volkswirtschaftslehre an der Freien Universität Berlin und Masterstudium Statistik an der Humboldt-Universität Berlin. Seit 2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin

im WIdO. Aktuelle Arbeitsschwerpunkte: Datenanalysen, Versorgungsforschung mit Routinedaten im Bereich Pflege, unter anderem mit Schwerpunkt auf Arzneimittelversorgung, ambulant-ärztliche und rehabilitative Versorgung.

## Sabrina Übel, M. Sc.

---

Bayerisches Landesamt für Statistik  
Schweinfurt



Sabrina Übel war von Januar 2023 bis Juli 2024 am Bayerischen Landesamt für Statistik als Referentin für das Projekt Pflegestrukturplanung tätig. Die Erstellung einer Grundlage für Vorausberechnungen im Pflegebereich für Bayern und die Organisation des Projekts gehörten dabei zu ihren Aufgaben. Sie studierte Betriebswirtschaftslehre an der Universität Bayreuth und Wirtschaftspsychologie an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management in Düsseldorf.

## Christine Vogler

---

Geschäftsstelle Deutscher Pflegerat e. V.  
(DPR)  
Berlin  
BBG Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe gGmbH  
Berlin



Christine Vogler ist Präsidentin des Deutschen Pflegerats und Geschäftsführerin der Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe gGmbH. Sie ist ausgebildete Krankenschwester, Diplom-Pflegepädagogin, Managerin und Qualitätsauditorin. Frau Vogler ist seit mehr als 35 Jahren im Gesundheitswesen tätig und vertritt als ausgewiesene Expertin national und international diesen Bereich. Für ihr enormes Engagement erhielt Frau Vogler 2018 den Berliner Frauenpreis und 2022 den Award Pflegemanagerin des Jahres. Zudem ist sie im Rahmen diverser Mitgliedschaften in Verbänden, Beiräten und Gremien organisiert.

## Dr. Annette Weiß

---

Bayerisches Landesamt für Pflege  
Amberg



Annette Weiß ist seit Januar 2019 am Bayerischen Landesamt für Pflege tätig und leitet das Referat Versorgungsforschung. Sie studierte Physiotherapie (B. Sc.) an der Hochschule Fulda/Philipps-Universität Marburg sowie Epidemiologie (M. Sc.) an der Ludwig-Maximilians-Universität in München und promovierte in Gesundheitswissenschaften an der Universität Bern.

# Stichwortverzeichnis

24-Stunden-Pflege 89, 90

## A

Advanced Nurse Practitioners (ANP) 155  
 Advanced Practice Nurse (APN) 152  
 Akademisierung 144, 145, 152  
 Aktorik 193  
 Ambulante Pflege 72  
 Anerkennungsverfahren 176  
 Angehörige, pflegende 71, 203, 204, 208, 209, 214  
 Angehörigenbefragung 240  
 Angehörigenpflege 67  
 Anwerbung internationaler Pflegefachkräfte 175  
 Arbeitgeberattraktivität 112, 113, 120  
 – Einflussfaktoren 116  
 – Langzeitpflege 122  
 – Pflege 123  
 Arbeitgebermarke 114, 115  
 Arbeitsbedingungen 117  
 – Pflege 123  
 Arbeitsplatz Pflege 113  
 Arbeitsumfeld Pflege, Indikatoren 122  
 Arbeitszufriedenheit 116  
 – Pflege 122  
 Arzneimittelereignisse, unerwünschte 292  
 Arzneimittelversorgung 292  
 Arztkontakte 284  
 Augmented Reality (AR) 192  
 Ausbildungsvergütung 164

## B

Babyboomer 38, 67, 88, 101  
 Barrierereduktion 230  
 – Investitionszuschüsse 231  
 Beschäftigtenbefragungen 122  
 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) 129  
 Bewegungserkennung 190  
 BGF-Angebote, digitale 131  
 BGF-Maßnahmen  
 – Pflegeeinrichtungen 131  
 – Wirksamkeit 130  
 Bürgerschaftliches Engagement 256

## C

Care4Care-Projekt 131, 137, 138  
 – Evaluation 134  
 – Online-Trainings 133  
 – Präsenzangebote 134

Care-Regime  
 – dienstleistungsorientiertes 218  
 – familienorientiertes 218  
 Caring Communities 31, 39  
 Commitment  
 – affektives 116  
 – kalkulatorisches 116  
 – normatives 116  
 – organisationales 116  
 Community Comprehensive Support Center 36  
 Community Health Nurse (CHN) 73, 151, 152, 155  
 Corporate Identity 118

## D

Daseinsvorsorge 31, 64, 74  
 Demenz 103  
 Digitalisierung 187, 196  
 Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III) 5  
 Durchschnittslöhne 165

## E

Ehrenamt 256  
 Einsamkeit 103, 225  
 – Gesundheitsverhalten 103  
 Engagement  
 – bürgerschaftliches 39  
 – ehrenamtliches 39  
 Entlastungsbetrag 278, 281  
 Entlohnung  
 – Altenpflege 160  
 – Durchschnittsanwendung 167  
 – regional übliches Niveau 161, 166  
 – Tarifbindung 161  
 – tarifgerecht 162  
 – Tariforientierung 161, 163, 167  
 Ergotherapie 301, 304  
 Exoskelett 194  
 Extended Reality (XR) 192

## F

Fachkräftemangel 128, 175, 181, 221  
 Faire Anwerbung Pflege Deutschland 177  
 Familialismus  
 – expliziter 218  
 – optionaler 218  
 Familiarisierung 238  
 Familienpflegegeld 208  
 Familienpflegezeit 208, 220  
 Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) 204, 206, 210  
 Frauen, pflegende 215

Frauenarbeitsquote 219  
 Freistellung 206, 220

## G

Gender Care Gap 217, 221  
 – nach Ländern 219  
 Gesunde Ernährung 104  
 Gesundes Altern 103  
 Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz  
 (GVWG) 160

## H

Häusliche Krankenpflege (HKP) 287, 288  
 Head Mounted Display (HMD) 192  
 Heilkundliche Tätigkeiten 154, 155  
 Heilmittelverordnungen 298  
 Heimsogeeffekt 78  
 Hitze 104  
 Hospitalisierungsraten 292

## I

Inanspruchnahme  
 – Demenzkranke 19  
 – Entlastungsbetrag 15  
 – Geldleistungen 12  
 – Pflegeleistungen, regional 12  
 – regional 17, 21  
 – Sach- und Kombinationsleistungen 12  
 – Sachleistungen, Frauenanteil 19  
 – Verhinderungspflege 15  
 – vollstationäre Pflege 12  
 Inanspruchnahmestruktur  
 – regional 12

## K

Kognitives Training 103  
 Kombinationsleistungsbezug 273  
 Kommunen, Zuständigkeit 70  
 Konzertierte Aktion Pflege (KAP) 160  
 Kostensteigerungen Pflege 168, 169  
 Krankenhausaufenthalt 291  
 Krankenhausversorgung 289  
 Kultursensible Versorgung 180  
 Künstliche Intelligenz (KI) 195  
 Kurzzeitpflege 277, 279, 281

## L

Landespflegegesetze 46  
 Langzeitpflege 31  
 Live-in-Arrangement 89, 90, 95, 219, 242  
 Live-ins 91, 92  
 – Arbeitsbedingungen 93

– Herkunftsländer 91  
 – Nettoeinkommen 92  
 – Österreichisches Modell 94  
 – rechtliche Modelle 94  
 – Schweizer Modell 95  
 – Vermittlungsagenturen 90, 96  
 Lohndynamik 162  
 Lohnersatzleistung 207, 210  
 – für Pflegende 220  
 Lohnniveau 162, 163  
 Lohnsteigerungen 163, 169

## M

Mangelernährung 104  
 Mehrgenerationenhäuser 35  
 Mitarbeiterbindung 114, 115, 117  
 Mitarbeitergewinnung 119  
 Mobilitätskontrolle 190

## N

Neue integrierte Wohnangebote 82  
 Neue Wohnformen 79, 83  
 – Kosten 83  
 – Qualitätssicherung 83  
 – Verbreitung 82

## P

Patientenakten, elektronische 188  
 Personalbemessungsverfahren 152  
 Persönliches Pflegebudget 237  
 Pflege, informelle 203  
 Pflegearrangements 68  
 Pflegebedarf, regional 21  
 Pflegebedarfsermittlung 46, 48, 52, 54  
 Pflegebedarfsplanung 73, 74  
 Pflegebedürftigkeit 100  
 – Alter und Geschlecht 272  
 – Determinanten 7  
 – Diagnosen 7  
 – Schwere 273  
 – Zeitverlauf 272  
 Pflegebedürftigkeitsbegriff, neuer 273  
 Pflegeberufegesetz (PflBG) 146  
 – Chancen und Herausforderungen 148  
 – Umsetzung 147  
 Pflegeberufereform 146  
 Pflegedienst 277  
 – Anzahl 72  
 – Zulassungsvoraussetzungen 61  
 Pflegedokumentation 195  
 Pflegedokumentationssysteme, digitale 189

## Stichwortverzeichnis

Pflegefachkräfte, internationale 178, 179  
 – Deutschkenntnisse 179  
   – Herausforderungen 179  
 – Diskriminierungserfahrungen 180  
 Pflegegeld 236, 237, 274  
 – Bedeutung für häusliche Pflege 244  
 – Benachteiligung 239  
 – Erhöhung 244  
 – Gendergerechtigkeit 237  
 – Inanspruchnahme 240  
 – regionale Verwendung 244  
 – Steuerungsabsicht 238  
 – Verwendung 240, 242, 250  
 Pflegeinfrastrukturplanung 36, 38  
 Pflegekompetenzgesetz (PKG) 6, 7, 152  
 Pflegekompetenzzentren 36  
 Pflege Mindestlohn 160  
 Pflegende Angehörige 255, 259, 263  
 Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) 80  
 Pflegepersonalbedarf 69  
 Pflegeprävalenz  
 – beobachtete 10  
 – regional 8  
 – zu erwartende 10  
 Pflegequote 65  
 Pflegeselbsthilfe 258, 261, 263  
 – Förderung 263  
 Pflegesettings, privat organisiert 246  
 Pflegestärkungsgesetze (PSG) 160  
 Pflegestrukturplanung 6, 30, 37, 46, 47, 50, 52, 54, 55  
 – nach Bundesländern 31  
 – regional 22  
 Pflegestudiengänge 143  
 – primärqualifizierende 149  
 Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) 149, 153  
 Pflegeübernahme, Motivation 215, 216  
 Pflegeunterstützungsgeld 204, 206  
 Pflegeversicherung 59, 64, 71  
 Pflegewahrscheinlichkeiten 11  
 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 204  
 Pflegezeitanspruch 206  
 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) 204, 206, 209  
 Physiotherapie 299, 300, 304  
 Polymedikation 293  
 Prävention in der Pflege 101, 102, 105  
 – Zielgruppen 102  
 Prevention Nursing 106  
 Primärprävention 105  
 PRISCUS-Liste 293, 295, 297  
 – Verordnungen 296  
 – Wirkstoffe 296, 297  
 Psychopharmaka 298

## Q

Quartiersentwicklung 35, 37  
 Quartiersmanagement 35

## R

Roboter 194, 196  
 Robotik 193

## S

Sachleistungsbezug 273  
 Sekundärprävention 105  
 Selbsthilfe 257  
 – Förderung 262  
 – Gruppen 255, 257, 258, 261  
 – Kontaktstellen 258  
 Sensorik, digitale 188  
 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung 59, 74  
 Sicherstellungsauftrag 60, 62, 63  
 Sorgearbeit 217, 218  
 Sorgepolitik 218  
 – Deutschland 218  
 – Schweden 218  
 Sorgestrukturplanung 37, 38  
 Soziale Teilhabe 225, 231  
 Sozialplanung 46  
 Sozialraumentwicklung 35  
 Sozialstationen 71, 74  
 Sprachassistent 195  
 Stadt- und Raumplanung 35  
 „stambulante“ Angebote 84  
 Steuerungsoptionen der Kommunen 64  
 Sturzrisiko 224  
 Subsidiaritätsprinzip 71

## T

Tages- und Nachtpflege 277, 280  
 Tagespflege 279  
 Tarifbindung 160, 162, 169  
 Tariftreue 161  
 Teilhabe 103  
 Triple-Win-Projekt 181

## U

Übergewicht 104  
 Unternehmensbindung 168  
 Unternehmenskultur 118  
 Unternehmensphilosophie 120

## V

Vereinbarkeit von Pflege und Beruf 204, 207  
 Verhaltensprävention 130  
 Verhältnisprävention 130  
 Verhinderungspflege 279–281  
 Verrentungswelle 88

[Versorgungsvertrag](#) [63](#)  
[Virtuelle Realität \(VR\)](#) [192](#)

## **W**

[Wearables](#) [190](#)  
[Wohnbedingungen](#) [224](#), [225](#), [231](#)

[Wohngruppenzuschlag](#) [80](#), [83](#)  
[Wohnumfeld](#) [228](#)

## **Z**

[Zuwanderung](#) [175](#)  
[Zweites Pflegestärkungsgesetz \(PSG 2\)](#) [8](#)