



Langzeitpflege im Wandel

Pflegebedarfe, Pflegeberufe,
Pflegefinanzierung

Langzeitpflege im Wandel

Pflegebedarfe, Pflegeberufe, Pflegefinanzierung

Autoren

Dr. Oliver Ehentraut

Gwendolyn Huschik

Dr. Stefan Moog

Laura Sulzer

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Bericht auf die weibliche Sprachform verzichtet.

Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Vorwort

Deutschland steht aufgrund seiner Demographie vor erheblichen Herausforderungen. In der Pflege sind die Engpässe bei der personellen Ausstattung schon heute deutlich spürbar. Realität ist: Die pflegerische Versorgung von kranken und älteren Menschen lässt sich zukünftig nur sicherstellen, wenn deutlich mehr Fachkräfte gewonnen und im Pflegeberuf gehalten werden können. Neben besserer Personalausstattung und Entlohnung geht es dabei vor allem um mehr Selbstbestimmung der Profession – auch im Zusammenspiel mit den anderen Gesundheitsberufen. Ein wichtiger Schritt ist die Erhöhung des Anteils von hochschulisch qualifizierten Pflegekräften in den Einrichtungen der Akut- und Langzeitpflege. Hier steht Deutschland auch im internationalen Vergleich noch ganz am Anfang der Entwicklung.

Die vorliegende Studie unterstreicht, dass eine Aufwertung des Berufsbilds entscheidend dazu beitragen kann, die Situation in der Pflege nachhaltig zu verbessern. National wie international gibt es genügend Modelle, die aufzeigen, wie man die Langzeitpflege in Deutschland neu aufstellen sollte – auch sie werden in der Studie ausgewertet.

Jetzt kommt es darauf an, die Rahmenbedingungen so zu verändern, dass internationale erprobte Modelle flächendeckend umgesetzt werden können. Erste Priorität muss es sein, den Qualifikationsmix in der Pflege schrittweise zu verändern. Aufgaben und Kompetenzen – auch zwischen den Gesundheitsdisziplinen – müssen neu verteilt, die Pflege in ihrer Verantwortlichkeit massgeblich gestärkt werden.

Dafür benötigen wir in Deutschland ergänzend anspruchsvolle Qualifikations- und Tätigkeitsprofile (z.B. Advanced Practice Nurse), wie sie in anderen Ländern längst üblich sind.

Natürlich bedeutet dies eine Investition in die Weiterentwicklung der Pflege. Aber ohne diese notwendige Investition werden wir den schon längst absehbaren zukünftigen Pflege-notstand nicht bewältigen können.

In dem zweiten Teil geht die Untersuchung auf die Finanzierung der Langzeitpflege ein. Während die aktuelle Debatte über die Ausgestaltung der Pflegeversicherung von der Frage bestimmt wird, wie die Lasten zwischen Zahlern, Pflegebedürftigen und Angehörigen ausbalanciert werden, konzentriert sich die vorliegende Studie auf die Frage der Generationengerechtigkeit.

Die Belastungen durch notwendigerweise steigende Pflegeausgaben müssen zwischen den jetzigen und künftigen Generationen ausgewogener verteilt werden. Dazu empfehlen die Autoren der Studie einen deutlichen Ausbau des bereits existierenden Pflegevorsorgefonds. Die dafür erforderlichen zusätzlichen Mittel sollen über höhere Beiträge und einen dynamisch steigenden Steuerzuschuss erhoben werden. Die Untersuchung zeigt sehr deutlich,

dass ohne eine solche Demographiereserve erhebliche zusätzliche Belastungen auf die künftigen Generationen zukämen, die nicht dem Anspruch einer Generationengerechtigkeit entsprechen.

Doch gerade dieser Aspekt gehört zu einer umfassenden Finanzierungsdebatte unbedingt hinzu und er sollte in der Reform der Pflegeversicherung eine stärkere Berücksichtigung finden.

Die in der Studie skizzierten Reformmodelle verstehen sich als Versuch, das Umlagesystem der Sozialen Pflegeversicherung nachhaltiger zu gestalten. Angesichts der unvermeidlichen Mehrbelastungen für die Beitragszahler steht zudem die Frage im Raum, ob wir uns künftig eine duale Struktur aus privater und gesetzlicher Versicherung leisten wollen, die zu einer ungerechtfertigten Risikoentmischung führt. Die vorliegende Untersuchung soll als ein Angebot zur politischen Diskussion verstanden werden, wie ein umlagefinanziertes System wie die Soziale Pflegeversicherung generationengerechter ausgestaltet werden kann.



Dr. Brigitte Mohn
Mitglied des Vorstandes
der Bertelsmann Stiftung



Uwe Schwenk
Direktor
„Versorgung verbessern –
Patienten informieren“
Bertelsmann Stiftung

Inhalt

Hintergrund und Zielsetzung	8
Teil I – Perspektiven von Pflegebedarf und Pflegeberufen	11
1 Entwicklung der Versorgungsbedarfe	12
1.1 Quantitative Entwicklung des Pflegebedarfs	12
1.2 Qualitative Entwicklung des Pflegebedarfs	16
2 Rechtliche Rahmenbedingungen	19
2.1 Berufszulassung und -ausübung	19
2.2 Ausbildung	21
2.3 Entlohnung	24
2.4 Personalausstattung	26
2.5 Finanzierung	27
3 Handlungsfelder – Berufsprofile und Qualifikationsmix	29
3.1 Stärkung der Eigenverantwortlichkeit von Pflegefachpersonen	29
3.1.1 Ausgangssituation	29
3.1.2 Alternative Arbeitsorganisation in der ambulanten Pflege: „Buurtzorg“	31
3.1.3 Alternative Arbeitsorganisation in der stationären Pflege: „NRW-Referenzmodelle“	34
3.1.4 Zusammenfassung und Empfehlungen	35
3.2 Hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege	36
3.2.1 Ausgangssituation	36
3.2.2 Kompetenzzuwachs und zusätzliches Arbeitskräftepotenzial	37
3.2.3 Ausbau der Pflegeerstausbildung an den Hochschulen und Integration in der Pflegepraxis	41
3.2.4 Zusammenfassung und Empfehlungen	46

3.3	Etablierung von Advanced Practice Nurses in Pflegeheimen	47
3.3.1	Ausgangssituation	47
3.3.2	APN-Praxis im internationalen Kontext	47
3.3.3	APN-Praxis in Deutschland	52
3.3.4	Zusammenfassung und Empfehlungen	53
4	Fazit	55
	Teil II – Perspektiven der Pflegefinanzierung	57
5	Grundlagen der Pflegefinanzierung	58
6	Status quo und Alternativen	60
6.1	Finanzierung im Basisszenario	60
6.2	Reformmöglichkeiten im Überblick	63
6.3	Finanzierungsoptionen und Generationengerechtigkeit	65
7	Fazit	71
	Verzeichnisse	73
	Literatur	74
	Tabellen	82
	Abbildungen	82
	Abkürzungen	83
	Beteiligte Expertinnen und Experten	84
	Impressum	85

Hintergrund und Zielsetzung

Das deutsche Langzeitpflegesystem steht vor großen Herausforderungen. In den nächsten Jahren und Jahrzehnten wird insbesondere die Alterung der Bevölkerung dazu führen, dass immer mehr Menschen im Alter auf Unterstützung angewiesen sein werden. Angesichts des bereits heute bundesweit bestehenden Fachkräftemangels in der Pflege stellt sich die Frage, wie der steigende Bedarf an professioneller Pflege zukünftig gedeckt werden kann. Daneben verändert sich auch der Pflegebedarf. Immer mehr Pflegebedürftige leiden an demenziellen, chronischen und mehrfachen Erkrankungen und weisen entsprechende komplexe Versorgungsbedarfe auf. Insbesondere in vollstationären Pflegeeinrichtungen sorgt dies für erheblich steigende Anforderungen an das Pflegepersonal. Daneben stellt der Bedeutungszuwachs von Koordination, Beratung und Edukation sowie Selbstmanagementförderung das Pflegepersonal insbesondere in der ambulanten Pflege vor neue Herausforderungen.

Der quantitative und qualitative Wandel der Pflegebedürftigkeit wirft die Frage auf, wie die Pflegeberufe und ihre Rahmenbedingungen weiterentwickelt werden müssen, um eine sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht bedarfsgerechte pflegerische Versorgung gewährleisten zu können. Zentraler Schlüsselfaktor ist die Aufwertung der beruflichen Pflege. **Teil I** der vorliegenden Studie widmet sich diesem Thema. Zunächst wird die Entwicklung der künftigen quantitativen und qualitativen Pflegebedürftigkeit beschrieben (Kapitel 1). Anschließend werden die rechtlichen Rahmenbedingungen von der Berufszulassung und Ausbildung über die Entlohnung bis zur Personalausstattung und Finanzierung der Pflege dargestellt (Kapitel 2). Vor diesem Hintergrund werden ausgewählte Ansätze zur Modernisierung und Ausdifferenzierung der Pflegeberufe in der Langzeitpflege vorgestellt und diskutiert. Die Ansätze umfassen die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit von Pflegefachpersonen (Kapitel 3.1), den Einsatz von deutlich mehr hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen (Kapitel 3.2) sowie die Etablierung sogenannter *Advanced Practice Nurses* (APN) in Pflegeheimen (Kapitel 3.3).

Ebenfalls zu betrachten ist die künftige Finanzierung der Pflege in Deutschland. Absehbar ist, dass die Ausgaben der Pflegeversicherung durch die steigende Zahl der Leistungsempfänger in einer alternden Gesellschaft zunehmen werden. **Teil II** untersucht die Perspektiven für die Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) in Deutschland. Dies beinhaltet zum einen die Entwicklung der Ausgaben und deren Auswirkungen auf die Beitragssatzentwicklung in unserem Basisszenario, d. h. weitestgehend unter den aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen (Kapitel 2.1). Zum anderen prüfen wir die Auswirkungen einer höheren Ausgabendynamik und verschiedener Reformoptionen zu deren Finanzierung mit besonderem Blick auf intergenerative Verteilungswirkungen (Kapitel 2.2 und 2.3). Der Prognosezeitraum erstreckt sich dabei bis zum Jahr 2050.

TEIL I

Perspektiven von Pflegebedarf und Pflegeberufen

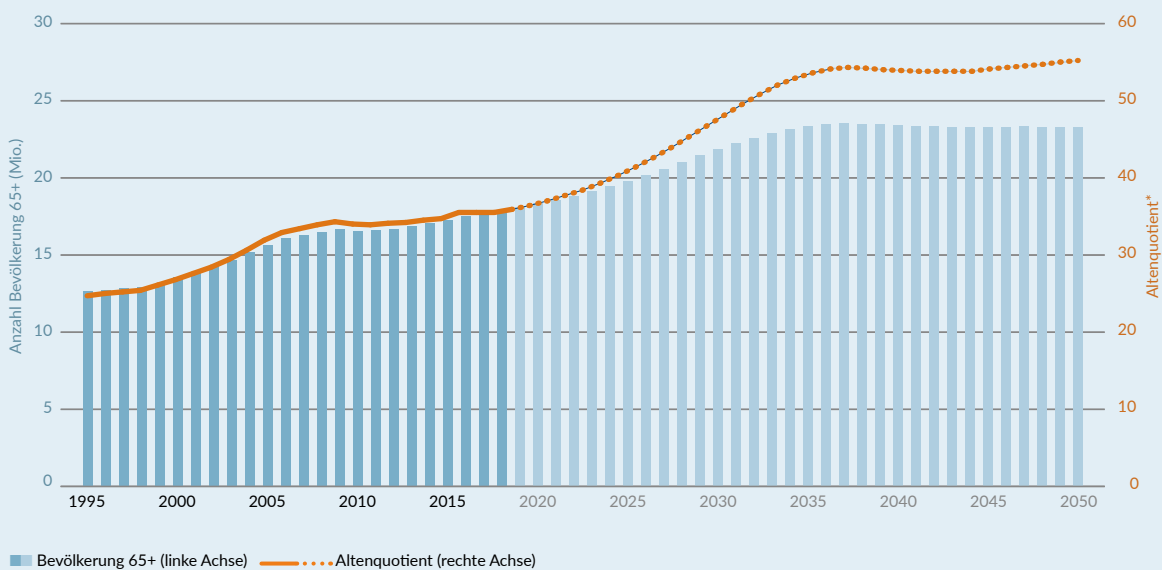
1 Entwicklung der Versorgungsbedarfe

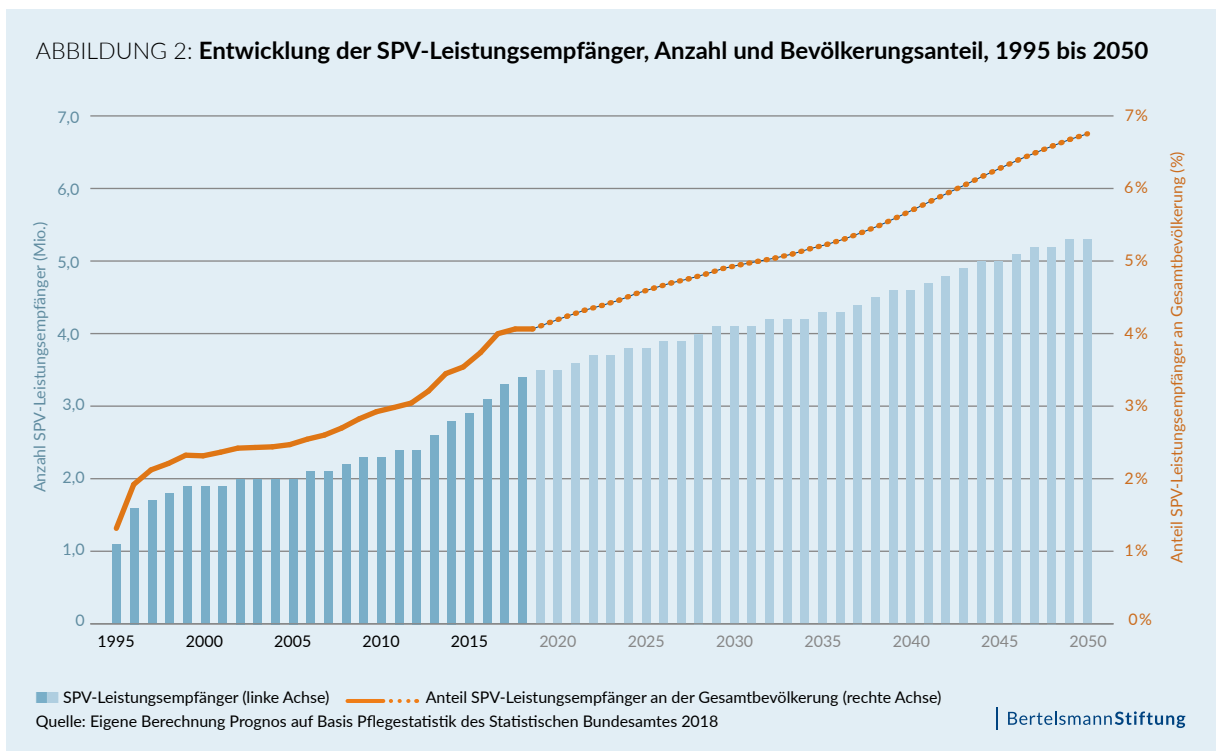
Die pflegerische Langzeitversorgung in Deutschland ist mit einer Reihe von sich wandelnden Anforderungen konfrontiert, die ihren Ursprung in diversen demographischen, gesellschaftlichen, epidemiologischen und versorgungsstrukturellen Entwicklungen haben. Die für die Studie relevanten Entwicklungen sowie damit verbundene Herausforderungen werden nachfolgend dargestellt.

1.1 Quantitative Entwicklung des Pflegebedarfs

Die deutsche Bevölkerung altert. Im Jahr 2017 waren mit rund 17,7 Millionen Menschen rund 40 Prozent mehr älter als 64 Jahre als im Jahr 1995. Aufgrund der Alterung der geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und 1960er Jahre und der anhaltend steigenden Lebenserwartung wird die Zahl älterer und alter Menschen auch zukünftig weiter zunehmen. Bis zum Jahr 2050 ist mit einem Anstieg auf gut 23,3 Millionen zu rechnen. Dies sind etwa 30 Prozent mehr als heute (Abbildung 1).

ABBILDUNG 1: Entwicklung der 65-jährigen und älteren Bevölkerung und des Altenquotienten in Deutschland, 1995 bis 2050





Da das Pflegerisiko im Alter zunimmt, steigt mit der wachsenden Zahl an älteren Menschen auch die Zahl der pflegebedürftigen Menschen. Gemessen an der Zahl der Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung hat sich letztere zwischen 1997 und 2017 nahezu verdoppelt. Ursächlich hierfür sind neben der demographischen Entwicklung diverse Reformen der Sozialen Pflegeversicherung, im Rahmen derer der anspruchsberechtigte Personenkreis ausgeweitet wurde. Bis zum Jahr 2050 wird die Zahl der pflegebedürftigen Menschen allein aus demographischen Gründen auf rund 5,3 Millionen Menschen anwachsen. Dies sind fast 60 Prozent mehr als gegenwärtig (Abbildung 2).

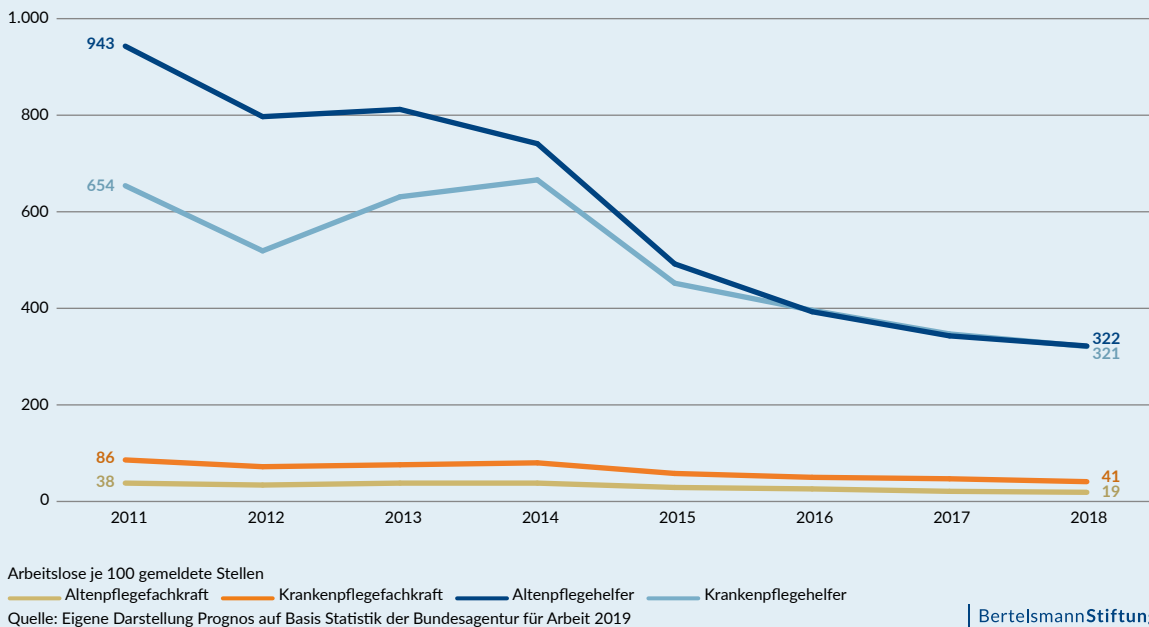
Die zunehmende Zahl an pflegebedürftigen Menschen wirft die Frage auf, wie diese Menschen zukünftig versorgt werden können. Gegenwärtig wird gut die Hälfte aller Pflegebedürftigen zu Hause und ausschließlich durch Angehörige versorgt; ein knappes Viertel lebt ebenfalls zu Hause, wird dort aber (auch) von ambulanten Pflegediensten gepflegt; die verbleibenden Pflegebedürftigen leben in Pflegeheimen.¹ Die familiäre Pflege ist damit von zentraler Bedeutung für die Sicherung der pflegerischen Langzeitversorgung in Deutschland. Zukünftig dürfte sich dies jedoch ändern. Aufgrund der wachsenden Kinderlosigkeit, der zunehmenden Frauenerwerbstätigkeit und weiterer Faktoren wird das familiäre Unterstützungspotenzial voraussichtlich abnehmen und die professionelle Pflege im Gegenzug an Bedeutung gewinnen.²

Mit der demographisch bedingten Zunahme pflegebedürftiger Menschen und der wachsenden Bedeutung der professionellen Pflege wird der Bedarf an Pflegekräften in der Langzeitpflege weiter steigen. Letzterer kann bereits heute nicht gedeckt werden. Dies zeigen die Fachkräfteengpassanalysen der Bundesagentur für Arbeit. Im Jahr 2018 waren gemeldete Stellen für examinierte Altenpflegefachkräfte und -spezialisten im Bundesdurch-

1 Statistisches Bundesamt 2018.

2 Görres 2013.

ABBILDUNG 3: Entwicklung der Arbeitslosen-Stellen-Relation der Pflegeberufe nach Anforderungsniveau, 2011 bis 2018



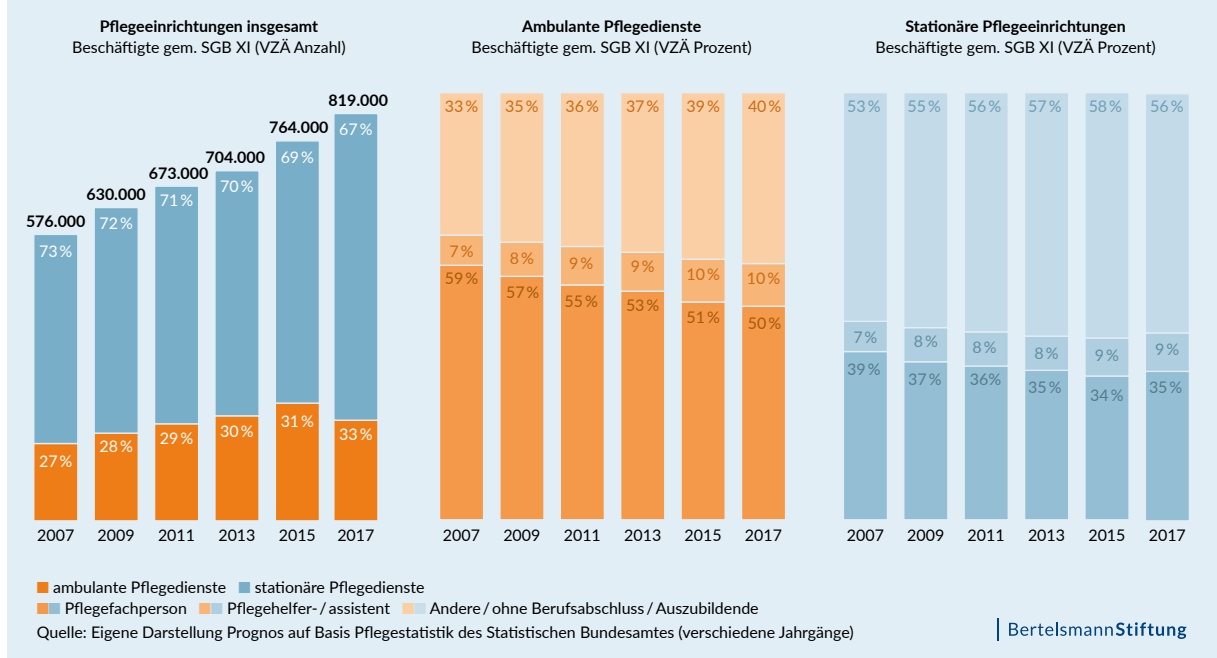
schnitt 183 Tage und damit rund 63 Prozent länger vakant als im Durchschnitt aller Berufe.³ 100 gemeldeten Stellen standen rein rechnerisch lediglich 19 Arbeitslose gegenüber. Der Mangel an examinierten Altenpflegefachkräften und -spezialisten zeigt sich dabei in allen Bundesländern, wobei sich die Situation im Vergleich zu den Vorjahren weiter angespannt hat. Ähnliches gilt für die ebenfalls relevante Berufsgruppe der examinierten Fachkräfte und Spezialisten in der Krankenpflege.⁴ Vergleichsweise entspannt ist die Situation gegenwärtig noch bei den Hilfskräften bzw. Helfern in der Alten- und Krankenpflege. Allerdings deutet die im Verlauf der letzten Jahre abnehmende Arbeitslosen-Stellen-Relation auch hier auf einen wachsenden Personalbedarf hin (Abbildung 3).

Aufgrund der Veränderung der Altersstruktur der deutschen Bevölkerung, die sich in einem steigenden Altenquotienten abbildet (Abbildung 1), ist davon auszugehen, dass sich der Fachkräftemangel trotz der aktuellen Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung und der Förderung des Berufsverbleibs zukünftig weiter verschärfen wird. Die Ergebnisse verschiedener Vorausberechnungen der zukünftigen Versorgungslücke fallen je nach gesetzten Annahmen unterschiedlich aus. Den Prognosen von Ehrentraut et al. (2015) und Rothgang, Müller und Unger (2012) zufolge werden im Jahr 2030 zwischen 430.000 und 520.000 Vollzeitäquivalente in der Langzeitpflege fehlen. Berücksichtigt wurden alle Beschäftigten ambulanter Pflegedienste und stationärer Pflegeeinrichtungen, während die zusätzlichen Leistungsempfänger durch das zweite Pflegestärkungsgesetz nicht (vollumfänglich) in den Vorausberechnungen berücksichtigt wurden.

3 Dabei wird nur ein Teil der offenen Stellen bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldet. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen zeigen beispielsweise, dass ein knappes Drittel der befragten Einrichtungen offene Stellen nicht bei der Bundesagentur für Arbeit meldet (Isfort und Weidner 2018).

4 Statistik der Bundesagentur für Arbeit 2019.

ABBILDUNG 4: Entwicklung von Beschäftigungsvolumen und Qualifikationsstruktur in Pflegeeinrichtungen, 2007 bis 2017



Entwicklung der Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen und -diensten

Die Anzahl der in den Pflegeeinrichtungen und -diensten beschäftigten Personen ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Gemäß Pflegestatistik waren am Jahresende 2017 knapp 1,2 Millionen Menschen im Umfang von 819.000 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) in den Pflegeeinrichtungen und -diensten tätig. Das Beschäftigungsvolumen hat sich damit innerhalb von zehn Jahren um mehr als 40 Prozent erhöht. Der stationäre Sektor ist nach wie vor der deutlich personalintensivere Sektor, hat jedoch im Zeitverlauf relativ an Bedeutung verloren. Dies zeigt die Entwicklung des Anteils der in Vollzeitäquivalente umgerechneten Personen, die dort beschäftigt sind. Zwischen 2007 und 2017 ist dieser Anteil von 73 auf 67 Prozent gesunken (Abbildung 4, linker Abschnitt).

Auch die Qualifikationsstruktur der Beschäftigten hat sich im Zeitverlauf gewandelt. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor war der Fachkräfteanteil in den vergangenen Jahren rückläufig. Im ambulanten Sektor lag er am Jahresende 2017 bei 50 Prozent und damit rund neun Prozentpunkte niedriger als zehn Jahre zuvor. Im stationären Bereich kam es im gleichen Zeitraum zu einem Rückgang um vier Prozentpunkte auf 35 Prozent. Die Pflegehelfer/-assistenten, aber auch Beschäftigte mit einem anderen oder ohne Berufsabschluss haben im Gegenzug an Gewicht gewonnen (Abbildung 4, rechte Abschnitte). Neben dem rückläufigen Fachkräfteanteil deutet die Entwicklung der Betreuungsrelationen auf eine tendenziell abnehmende Fachlichkeit in der pflegerischen Langzeitversorgung hin. Zwischen 2007 und 2017 ist die Anzahl der Pflegebedürftigen, die einer Pflegefachkraft mit Tätigkeitsschwerpunkt in der Pflege und Betreuung (VZÄ) gegenüberstanden, im stationären Sektor von 4,0 auf 4,3 und im ambulanten Sektor von 6,5 auf 7,3 angestiegen.⁵

⁵ Schwinger, Klauber und Chrysanthi 2019.

1.2 Qualitative Entwicklung des Pflegebedarfs

Stationäres Setting

Die Bewohnerstruktur in den stationären Langzeitpflegeeinrichtungen hat sich in den vergangenen drei Jahrzehnten erheblich verändert.⁶ Es ist davon auszugehen, dass der Umzug in ein Pflegeheim in zunehmend höherem Alter erfolgt und die zwischen dem Einzug und dem Versterben liegende Zeitspanne immer kürzer wird.⁷ Eine neuere Studie, die auf Daten von 32 vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen basiert, ermittelte beispielsweise einen Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer von 32 Monaten im Jahr 2007 auf 27 Monate im Jahr 2014.⁸ Den Ergebnissen einer älteren, bundesweiten Erhebung zufolge ist die durchschnittliche Verweildauer in deutschen Pflegeheimen zwischen 1994 und 2005 von 56 Monaten auf 41 Monate gesunken.⁹ Die neuere Studie zeigt zudem, dass im Durchschnitt ein knappes Fünftel der Bewohner innerhalb eines Monats nach dem Einzug verstirbt. Durch die tendenziell sinkenden Verweildauern gewinnt die Sterbegleitung entsprechend an Bedeutung.

Der Großteil der Bewohner stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen leidet dabei an einer demenziellen Erkrankung. Dies zeigen die Ergebnisse einer im Jahr 2013 veröffentlichten bundesweiten Studie. Demnach sind im Mittel rund 69 Prozent der Pflegeheimbewohner an einer Demenz erkrankt.¹⁰ Experteneinschätzungen zufolge wird der Anteil der demenziell erkrankten Heimbewohner zunehmend größer.¹¹ Hierauf deuten auch Ergebnisse der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes hin, wonach sich der Anteil der Bewohner mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zwischen 2013 und 2015 von 59 Prozent auf 71 Prozent erhöht hat.¹²

Die sich wandelnde Struktur der Bewohnerschaft stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen, für die zudem bereits seit vielen Jahren chronische und mehrfache Erkrankungen charakteristisch sind, geht mit steigenden Anforderungen an die psychosoziale bzw. gerontopsychiatrische, medizinisch-pflegerische und palliative Versorgung der Bewohner einher. Diese Ansicht vertreten nicht nur Wissenschaftler,¹³ sondern auch die deutliche Mehrheit der Leitungs- und Pflegekräfte in den Einrichtungen selbst. Dem Großteil der Leitungskräfte stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen zufolge sind die arbeitsplatzbezogenen Anforderungen an das Pflegepersonal seit 2016 gestiegen. Ursächlich hierfür seien Bewohner mit herausfordernden Verhaltensweisen, grund- und behandlungspflegerische Aufgaben sowie aufwendige Angehörigenarbeit gewesen.¹⁴ Eine im Herbst 2018 durchgeführte, bundesweite Befragung von Pflegefachkräften in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen ergab, dass nahezu alle befragten Pflegefachkräfte steigende Anforderungen im Arbeitsalltag wahrnehmen. Rund neun von zehn Befragten zufolge hat sich die Anzahl der Bewohner mit starken kognitiven Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten, mit hohem Pflegeaufwand oder mit spezifischen Erkrankungen bzw. Multimorbidität seit Jahresbeginn 2017 erhöht. Rund acht von zehn Befragten zufolge ist auch die Anzahl der Bewohner mit einem Bedarf an

6 Bspw. Wingenfeld 2012.

7 Umfängliche Daten zum durchschnittlichen Einzugsalter und zur durchschnittlichen Verweildauer der Bewohner vollstationärer Langzeitpflegeeinrichtungen liegen nicht vor, da sie in der amtlichen Statistik nicht erfasst werden.

8 Techtmann 2015.

9 Schneekloth und von Thörne 2007.

10 Schäufele et al. 2013.

11 Bspw. Greß und Stegmüller 2016.

12 Statistisches Bundesamt 2015 und 2017.

13 Bspw. Wingenfeld 2012, Greß und Stegmüller 2016.

14 Isfort und Weidner 2018.

Sterbebegleitung gestiegen. Dabei gehen jeweils rund zwei Drittel der befragten Pflegefachkräfte nicht davon aus, dass das Pflegeberufegesetz (PflBG) die fachliche Ausbildung in der Langzeitpflege verbessern und dem Reformbedarf in der Pflegeausbildung insgesamt gerecht wird. Jeweils rund zwei Drittel der befragten Pflegefachkräfte sind der Auffassung, dass medizinische Fachkompetenzen sowie Beratungs- und Präventionskompetenzen stärker vermittelt werden müssten.¹⁵

Zusammen mit der tendenziell abnehmenden Fachlichkeit sorgt der Wandel der Bewohnerschaft für eine erhebliche Anforderungszunahme in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen. Für das Pflegefachpersonal wird es immer schwieriger, eine gute Pflege gewährleisten zu können. Neben entsprechenden Selbsteinschätzungen der Pflegefachkräfte¹⁶ belegt dies eine Reihe von Untersuchungen der Versorgungsqualität in der stationären Langzeitpflege. Diverse Studien weisen beispielsweise auf einen inadäquaten Einsatz von Psychopharmaka, insbesondere von Neuroleptika, in deutschen Pflegeheimen hin. Eine in vier Brandenburger Pflegeheimen durchgeführte Untersuchung ergab, dass die Indikation für eine Psychopharmaka-Verordnung bei über der Hälfte der Pflegeheimbewohner unklar oder fraglich war.¹⁷ Pflegefachpersonen sind diesbezüglich insofern von Bedeutung, als dass sie die Schnittstelle zur ärztlichen Versorgung bilden und nicht selten Einfluss auf die ärztliche Verordnungsentscheidung nehmen.¹⁸ Angesichts der im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohen Verordnungsraten von Psychopharmaka in deutschen Pflegeheimen¹⁹ ist es dabei kritisch zu bewerten, dass Pflegefachpersonen den Psychopharmaka-Einsatz in ihren Pflegeheimen größtenteils als angemessen beurteilen.²⁰ Neben dem inadäquaten Psychopharmaka-Einsatz wurden weiterhin Qualitätsdefizite bei der Wundversorgung, der Schmerzerfassung und der Dekubitus-Prophylaxe²¹ sowie unnötige Hospitalisierungen²² in deutschen Pflegeheimen festgestellt. Unter dem alltäglich erfahrenen Widerspruch zwischen den fachlichen Ansprüchen des Pflegepersonals und ihrer Realisierbarkeit leidet neben der Versorgungsqualität auch die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte. Konsequenzen der damit verbundenen Überforderung und Belastung sind Arbeitsunfähigkeit, Fluktuation und Aufgabe des Berufs.²³

Ambulantes Setting

Auch aufgrund der politischen Forcierung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ sind im ambulanten Sektor ebenfalls steigende Anteile an pflegebedürftigen Menschen mit demenziellen Erkrankungen, chronischen und mehrfachen Erkrankungen sowie einem Bedarf an Sterbebegleitung und eine dementsprechende Anforderungszunahme zu verzeichnen. Dabei sind die im ambulanten Setting versorgten Pflegebedürftigen im Durchschnitt dennoch weniger pflegebedürftig als Bewohner stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen, was sich beispielsweise an dem deutlich geringeren Anteil an Pflegebedürftigen mit höheren Pflegegraden zeigt (Abbildung 5).

15 Vincentz Network und cogitaris 2018.

16 a. a. O.

17 May et al. 2018.

18 Schwinger 2017.

19 Thürmann 2017.

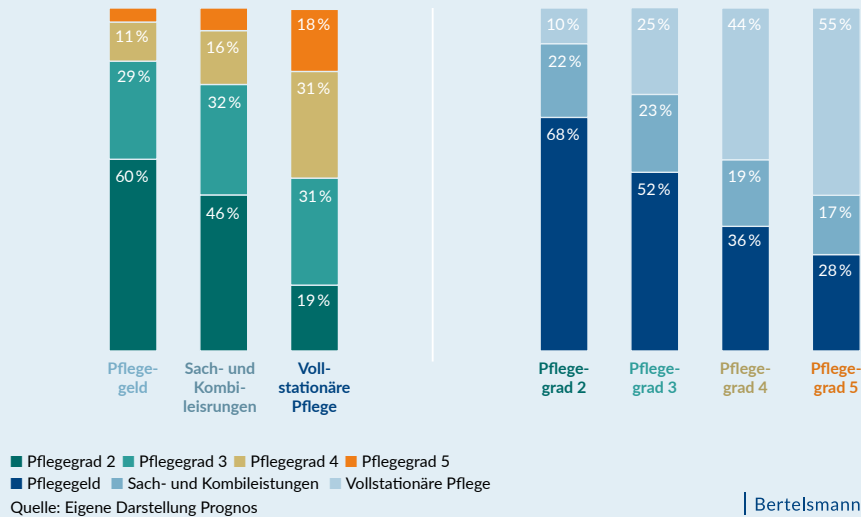
20 Schwinger 2017.

21 MDS 2018.

22 Bspw. Wiese, Ittner und Lassen 2016.

23 Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018; Paul Hartmann AG 2018.

ABBILDUNG 5: Pflegebedürftige nach Pflegegrad und Versorgungsform, 2017



Charakteristisch für die ambulante Pflege ist die Erbringung der Pflege auf informeller und formeller Basis. Zu den involvierten informellen Akteuren zählen vor allem Familienangehörige, daneben auch Wahlverwandte, Nachbarn, Freunde oder ehrenamtliche Helfer. Der informellen Pflege steht die formelle Pflege gegenüber, die gegen Bezahlung geleistet wird. Sie wird vor allem von ambulanten Pflegediensten geleistet, daneben auch von weiteren, beispielsweise haushaltsnahen Diensten. In die ambulante Pflege sind somit vergleichsweise viele Akteure involviert, was einen entsprechend hohen Koordinierungsbedarf nach sich zieht. Dieser gilt gegenwärtig als nicht gedeckt. Gleiches gilt u. a. für den Bedarf an Beratung und Edukation sowie an Selbstmanagementförderung.²⁴ Ursächlich hierfür ist nicht nur, dass diese Aufgaben zumeist nicht in den zwischen Pflegediensten und Kostenträgern vereinbarten Leistungskomplexen enthalten und demnach auch nicht abrechenbar sind,²⁵ sondern dass es teilweise auch an entsprechenden Kompetenzen bei den Pflegekräften mangelt.²⁶ Der Aufbau von Kompetenzen insbesondere in der Koordination verschiedener Leistungserbringer, der zielgruppengerechten Kommunikation und Interaktion sowie der Patientenedukation und -beratung wird dementsprechend vielfach als erforderlich für eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung insbesondere im ambulanten Setting betrachtet.²⁷

²⁴ Büscher 2014.

²⁵ a. a. O.

²⁶ Klaes et al. 2011.

²⁷ a. a. O.

2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Ausgestaltungsmöglichkeiten und Erscheinungsformen der formellen und informellen Langzeitpflege in Deutschland werden in hohem Maße von den geltenden Gesetzen und rechtlichen Regulierungen bestimmt. Von Bedeutung sind u. a. das Sozialgesetzbuch (SGB) und das Pflegeberufrecht. In den folgenden Abschnitten werden relevante rechtliche Rahmenbedingungen der Berufszulassung und -ausübung, Ausbildung, Entlohnung, Personalausstattung und Finanzierung in der Langzeitpflege in Deutschland dargestellt.

2.1 Berufszulassung und -ausübung

In Deutschland existieren gegenwärtig die Pflegefachberufe *Altenpfleger*, *Gesundheits- und Krankenpfleger* sowie *Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger* als auch die Pflegehelferberufe der Alten- und Krankenpflegehilfe. Die Bezeichnungen dieser Berufe sind geschützt, d. h. zum Führen der Berufsbezeichnungen bedarf es einer staatlichen Erlaubnis. Die Pflegefachberufe sind Heilberufe, d. h. ihre Zulassung (Ausbildung und Prüfung) ist bundesgesetzlich geregelt (§ 74 Abs. 1 Nr. 19 GG).²⁸ Altenpflegehelfer und Gesundheits- und Krankenpflegehelfer fallen nicht unter die Heilberufe, da sie schwerpunktmäßig nicht heilkundlich, sondern assistierend tätig sind.²⁹ Der Schutz der Berufsbezeichnungen erfolgt hier durch landesrechtliche Vorschriften.

Ab 2020 werden die bisherigen Pflegefachausbildungen nach dem Altenpflegegesetz und dem Krankenpflegegesetz durch generalistischer ausgerichtete Ausbildungen nach dem Pflegeberufgesetz ersetzt. Die künftige Pflegeausbildung sieht eine gemeinsame Ausbildung im ersten und zweiten Ausbildungsdrittel vor. Für das letzte Ausbildungsdrittel haben die Auszubildenden ein Wahlrecht, entweder die generalistische Ausbildung fortzusetzen oder aber gesonderte Ausbildungen in der Altenpflege oder in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu absolvieren. Das Pflegeberufgesetz sieht zudem erstmals die Einrichtung von vorbehaltenen Tätigkeiten für Pflegefachpersonen vor. Die vorbehaltenen Tätigkeiten sind: Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs; Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses; Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege (§ 4 Abs. 2 PflBG). Andere Personen, auch Ärzte, dürfen diese Tätigkeiten in der Pflege nicht ausführen.³⁰

28 Die Anerkennung der Gesundheits- und Krankenpflege als bundesgesetzlich geregelter Heilberuf erfolgte im Jahr 1957, die Anerkennung der Altenpflege als bundesgesetzlich geregelter Heilberuf im Jahr 2003.

29 BVerfG, Urt. v. 24.10.2002 – 2 BvF 1/01 –, juris Rn. 237 ff.

30 Igl 2019.

Begriff der Pflege im Berufsrecht und im Sozialleistungsrecht

Der Begriff der Pflege wird im Berufsrecht und im Sozialleistungsrecht unterschiedlich verwendet. Im Berufsrecht existiert der Begriff der Pflege bisher als Berufsbezeichnung im Zusammenhang mit der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Damit wird auf die Lebensphase der zu pflegenden Menschen abgestellt. Im Sozialleistungsrecht wird der Begriff der Pflege vor allem auf dem Gebiet der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) verwendet. In beiden Sozialleistungszweigen wird leistungrechtlich nicht nach der Lebensphase entschieden. Faktisch gehört jedoch der weit überwiegende Teil der Leistungsbezieher in der Sozialen Pflegeversicherung der Altersgruppe der über 60-jährigen Menschen an. Auch die Leistungen der Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe (SGB XII) sind unabhängig vom Lebensalter.

Pflegeberufe werden nicht nur durch die Heilberufsgesetze in ihrer beruflichen Verfassung geregelt (direktes Berufsrecht). Auch das weitere rechtliche Umfeld ist mitbestimmend (indirektes Berufsrecht). Dazu zählen neben dem zivilen Haftungsrecht und dem Strafrecht insbesondere das Sozialleistungsrecht der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) in den Teilen, die das Leistungs- und das Leistungserbringungsrecht betreffen. Beispielsweise werden in § 71 Abs. 3 SGB XI Vorgaben zur Berufserfahrung und zur Weiterbildung von verantwortlichen Pflegefachkräften in Pflegediensten und -heimen bestimmt. §§ 15 und 28 SGB V normieren die ärztliche Behandlung im Rahmen des SGB V, was sich erheblich auf den Tätigkeitsrahmen von Pflegefachpersonen auswirkt.

Die Leistungen des SGB XI sollen Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Unterschieden werden ambulante und stationäre Leistungen (§§ 28, 28a SGB XI). Im SGB V sind die pflegerischen Leistungen Teil der Behandlung von Krankheit und zielen auf Heilung. Sie werden vom Arzt angeordnet und verantwortet und sind von Pflegefachkräften auszuführen, wobei diese die Verantwortung für die Durchführung tragen. Da die Durchführung der Tätigkeiten auf ärztliche Veranlassung hin erfolgt, wird von einer Delegation von Aufgaben gesprochen. Häusliche Krankenpflege wird vom Arzt verordnet (§ 37 SGB V).

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) wurde 2008 die Möglichkeit geschaffen, dass Pflegefachpersonen in der ambulanten Versorgung im Rahmen von Modellvorhaben ohne ärztliche Anordnung bei der inhaltlichen Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege aktiv werden und eigenständig Verbands- und Pflegehilfsmittel verordnen können (§ 63 Abs. 3b SGB V). Weiter ist in Modellvorhaben die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten möglich, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt. Bei diesen Modellvorhaben handelt es sich um eine Substitution ärztlicher heilkundlicher Tätigkeiten. Voraussetzung hierfür ist, dass die Pflegefachperson für diese Tätigkeiten entsprechend qualifiziert ist (§ 63 Abs. 3c SGB V).

2.2 Ausbildung

Berufliche Ausbildung zur Pflegefachperson

Die Ausbildung in den Pflegefachberufen war bisher durch das Altenpflegegesetz (AltPflG) und das Krankenpflegegesetz (KrPflG) und die sie ergänzenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen³¹ geregelt. Zum 1. Januar 2020 werden das Alten- und das Krankenpflegegesetz durch das Pflegeberufegesetz (PflBG) abgelöst. Die bisher getrennten Ausbildungen der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege werden ab 2020 in einer zweijährigen generalistischen beruflichen Ausbildung zusammengeführt, die im dritten Ausbildungsjahr entweder weiter generalistisch oder gesondert für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder die Altenpflege durchgeführt werden kann.

Die durchgängig generalistisch ausgebildeten Pflegefachpersonen können grundsätzlich in der Pflege von Menschen aller Altersgruppen eingesetzt werden, während sich für die gesondert ausgebildeten Pflegefachpersonen eine Tätigkeit in den anderen beiden Fachbereichen anbietet. Schon nach der bisherigen Rechtslage sind in der Praxis Altenpflegefachkräfte in der Akutpflege und umgekehrt Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte in der Langzeitpflege eingesetzt worden. Es ist zurzeit nicht absehbar, wie sich die Ausbildungsanwärter im Hinblick auf die neuen Ausbildungsmöglichkeiten verhalten werden. Die Länder haben zudem keine explizite Verpflichtung, für alle Formen der Ausbildungsabschlüsse flächendeckend die entsprechenden Pflegeschulen vorzuhalten. Ein Trend zur Vorhaltung von Bildungseinrichtungen für die generalistische Ausbildung ist gegenwärtig nicht mit Sicherheit festzustellen. Das Wahlverhalten der Auszubildenden soll bis Ende 2025 evaluiert werden (§ 62 PflBG).

Die bisherigen in § 3 Abs. 1 AltPflG formulierten Ausbildungsziele sind in § 5 PflBG vertieft und präzisiert worden. Besonders hervorzuheben ist die klare Trennung zwischen selbstständig und eigenständig, d. h. auf ärztliche Anordnung hin, auszuführenden Aufgaben (§ 5 Abs. 3 Nr. 1 und 2 PflBG) sowie die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit (§ 5 Abs. 3 Nr. 3 PflBG). Besonders betont werden die Prozessorientierung in der Pflege und die Verantwortung für den Pflegeprozess. Dieses an der generalistischen Ausbildung ausgerichtete Ausbildungsziel wird für die gesonderten Abschlüsse nur insoweit präzisiert, als dass die Kompetenzvermittlung speziell für die Pflege von Menschen der jeweiligen Altersgruppe zu erfolgen hat (§§ 60 Abs. 1, 61 Abs. 1 PflBG). Diese spezielle Kompetenzvermittlung bildet sich in §§ 28 und 29 PflAPrV sowie in Anlage 4 für die Altenpflege ab.

Ausbildungs- und Kompetenzziele der beruflichen Pflegeausbildung gemäß Pflegeberufegesetz

Ausbildungsziel (§ 5 Abs. 1 PflBG): „Die Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann vermittelt die für die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen einschließlich der zugrunde liegenden methodischen, sozialen, interkulturellen und kommunikativen Kompetenzen und der zugrunde liegenden Lernkompetenzen sowie der Fähigkeit zum Wissenstransfer und zur Selbstreflexion.“

³¹ Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (AltPflAPrV), Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV).

Kompetenzziele (§ 5 Abs. 3 PflBG): „Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen

1. die folgenden Aufgaben selbstständig auszuführen: a) Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege, b) Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses, c) Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen, d) Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege) Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, f) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen, g) Erhaltung, Wiederherstellung, Förderung, Aktivierung und Stabilisierung individueller Fähigkeiten der zu pflegenden Menschen insbesondere im Rahmen von Rehabilitationskonzepten sowie die Pflege und Betreuung bei Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten, h) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes und Durchführung von Maßnahmen in Krisen und Katastrophensituationen, i) Anleitung, Beratung und Unterstützung von anderen Berufsgruppen und Ehrenamtlichen in den jeweiligen Pflegekontexten sowie Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen, 2. ärztlich angeordnete Maßnahmen eigenständig durchzuführen, insbesondere Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation, 3. interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen fachlich zu kommunizieren und effektiv zusammenzuarbeiten und dabei individuelle, multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen bei Krankheitsbefunden und Pflegebedürftigkeit zu entwickeln sowie teamorientiert umzusetzen.“

Die Ausbildungsinhalte einschließlich der zu ihrer Vermittlung zur Verfügung stehenden Stundenzahl werden in der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) spezifiziert. Auf Kritik ist dabei die Absenkung des Kompetenzniveaus in Anlage 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Auszubildende im dritten Ausbildungsjahr im Bereich Altenpflege gestoßen, die von Experten als Abwertung der Altenpflege gesehen wird.

Das Pflegeberufegesetz sieht erstmals bundeseinheitliche Rahmenpläne vor, die von den Bundesländern bei der Entwicklung ihrer Curricula und Ausbildungspläne als Orientierung genutzt werden können. Die Erarbeitung der Rahmenpläne erfolgte auf Grundlage der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) durch eine eigens hierfür eingerichtete Fachkommission. Deren Ergebnisse wurden den zuständigen Bundesministerien für Gesundheit sowie für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Juli 2019 zur Prüfung vorgelegt.³² Die Länder und Pflegeschulen können die Rahmenpläne für die Erstellung der Lehrpläne und schulinternen Curricula nutzen.

Zugangsvoraussetzungen, Dauer und Struktur der beruflichen Pflegeausbildungen wurden im Zuge der Pflegeberufereform nicht verändert. Voraussetzung für den Zugang zu einer Ausbildung in einem Pflegefachberuf ist nach wie vor ein mittlerer Schulabschluss, der Abschluss einer sonstigen zehnjährigen allgemeinen Schulbildung oder ein Hauptschulabschluss in Kombination mit einer mindestens zweijährigen Berufsausbildung oder einer mindestens einjährigen Ausbildung zum Pflegehelfer. Die Ausbildung dauert in Vollzeit drei Jahre. Sie umfasst theoretischen und praktischen Unterricht an einer Berufsfachschule oder einer Schule des Gesundheitswesens und eine praktische Ausbildung in Pflegeeinrichtung-

32 BiBB 2019.

gen. Die Auszubildenden haben Anspruch auf eine Ausbildungsvergütung. Ab 2020 wird das bisher in einigen Bundesländern von den Auszubildenden zu zahlende Schulgeld entfallen.

Die Kosten für die praktische Altenpflegeausbildung wurden bisher durch die Einrichtungen finanziert, während die Kosten für die schulische Ausbildung vor allem durch die Länder bzw. Kommunen sowie zum Teil durch das Schulgeld finanziert wurden. Die konkrete Ausgestaltung variierte dabei von Land zu Land. Die Krankenpflegeausbildung wurde vor allem aus Mitteln der Krankenversicherungen finanziert, wobei ausbildende als auch nicht ausbildende Krankenhäuser an der Finanzierung der Ausbildungskosten beteiligt wurden. Ab 2020 wird die Finanzierung der neuen Pflegeausbildung bundeseinheitlich über landesweite Fonds erfolgen (§ 26 Abs. 1 PflBG; Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung). Von da an werden ausbildende und nicht ausbildende Einrichtungen gleichermaßen an der Finanzierung beteiligt. Bis zu dreijährige Umschulungen werden weiterhin durch die Arbeitsagenturen und Jobcenter gefördert.

Hochschulische Ausbildung zur Pflegefachperson

Das Pflegeberufegesetz sieht auch die Einführung einer hochschulischen Pflegeausbildung vor, die sich jedoch nur sowie die generalistische Pflegeausbildung, nicht auf die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und die Altenpflege bezieht. Die hochschulische Ausbildung setzt auf die Ausbildungsziele der beruflichen Ausbildung auf („erweitertes Ausbildungsziel“, § 37 Abs. 1 PflBG). Sie beinhaltet theoretische und praktische Lehrveranstaltungen an einer Hochschule und Praxiseinsätze in Pflegeeinrichtungen. Die Zugangsvoraussetzungen zur hochschulischen Pflegeausbildung sind dabei landesrechtlich zu regeln. Das Studium dauert mindestens drei Jahre. Eine Ausbildungsvergütung für die Studierenden ist nicht vorgesehen.

Der bundeseinheitliche Rahmen für die primärqualifizierenden Studiengänge wird durch §§ 37 und 38 des Pflegeberufegesetzes (PflBG) sowie durch §§ 30 ff. der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) und deren Anlage 5 vorgegeben.

Ausbildungs- und Kompetenzziele der hochschulischen Pflegeausbildung gemäß Pflegeberufegesetz

Ausbildungsziel (§ 37 Abs. 2 PflBG): „Die hochschulische Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann vermittelt die für die selbstständige umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen (...) in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik.“

Kompetenzziele (§ 37 Abs. 3 PflBG): „Die hochschulische Ausbildung umfasst die in § 5 Absatz 3 beschriebenen Kompetenzen der beruflichen Pflegeausbildung. Sie befähigt darüber hinaus insbesondere 1. zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen, 2. vertieftes Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft, des gesellschaftlich-institutionellen Rahmens des pflegerischen Handelns sowie des normativ-institutionellen Systems der Versorgung anzuwenden und die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dadurch maßgeblich mitzugestalten, 3. sich Forschungsgebiete der professionellen Pflege auf dem neuesten Stand der gesicherten Erkenntnisse erschließen und forschungsgestützte Problemlösungen wie auch neue Technologien in das berufliche Handeln übertragen zu

können sowie berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe zu erkennen, 4. sich kritisch reflexiv und analytisch sowohl mit theoretischem als auch praktischem Wissen auseinandersetzen und wissenschaftsbasiert innovative Lösungsansätze zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld entwickeln und implementieren zu können und 5. an der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards mitzuwirken.“

Berufliche Ausbildung zum Pflegehelfer

Die Ausbildung in den Pflegehelferberufen – dies sind gegenwärtig die Berufe Altenpflegehelfer und Gesundheits- und Krankenpflegehelfer – erfolgt in Deutschland auf Basis der Schulgesetze der Länder. Die Ausbildung dauert i. d. R. ein bis zwei Jahre. Auch sie findet u. a. an Pflegeschulen statt. Mit der obligatorischen Zwischenprüfung zum Ende des zweiten Ausbildungsdrittels der neuen Pflegefachausbildung soll den Ländern ab 2020 die Möglichkeit eröffnet werden, eine Qualifikation als Pflegehelfer bei Bestehen der Prüfung einzurichten.³³

2.3 Entlohnung

Die Personalkosten machen den größten Anteil an den Gesamtkosten der Einrichtungen der Langzeitpflege aus. Die Finanzierung der Personalkosten erfolgt aus Mitteln der Pflegeversicherung, Eigenbeiträgen der Pflegebedürftigen und Mitteln der Sozialhilfeträger. Da die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung gedeckelt sind, müssen über den maximalen Leistungsbetrag hinausgehende Kosten von den Pflegebedürftigen und den Sozialhilfeträgern getragen werden. Ohne eine entsprechende Anhebung der Leistungsbeträge schlagen sich höhere Löhne folglich in höheren Belastungen der Pflegebedürftigen und der Sozialhilfeträger nieder. Die Höhe der Pflegevergütung (§§ 84, 85, 89 SGB XI) wird mit den Pflegekassen und den Sozialhilfeträgern verhandelt. Somit sind die Refinanzierungsmöglichkeiten für höhere Gehälter beschränkt.

Um die Leistungserbringer in den Vergütungsverhandlungen mit den Kostenträgern zu stärken, sieht das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) vor, dass die Bezahlung tariflich vereinbarter Gehälter von den Kostenträgern nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Die entsprechenden Regelungen wurden im Zuge des dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) nochmals überarbeitet und ergänzt. Aufgrund dieser Anpassung müssen die Kostenträger seit dem ersten Januar 2017 auch für Einrichtungen, die keine Tarifvereinbarung haben, Gehälter bis zum tariflichen Niveau anerkennen (§§ 84 Abs. 3, 89 Abs. 1 SGB XI). Mit dieser Neuregelung wird die Gleichbehandlung bei der Bezahlung von Pflegekräften in tarifgebundenen und nicht tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen angestrebt.³⁴ Ebenfalls im dritten Pflegestärkungsgesetz verankert wurde die Regelung, dass tarifgebundene und nicht tarifgebundene Einrichtungen in den Verhandlungen einen sachlichen Grund wie höhere Verantwortung oder spezifisches Fachwissen anführen können, um Mitarbeitende über tariflichem Niveau entlohnen zu dürfen (§ 84 Abs. 2 SGB XI).

Als untere Lohngrenze für die Gehälter der Pflegekräfte, insbesondere der Pflegehelfer, gilt der gesetzlich vorgeschriebene Pflegegemindestlohn. Dieser wird durch die Pflegekom-

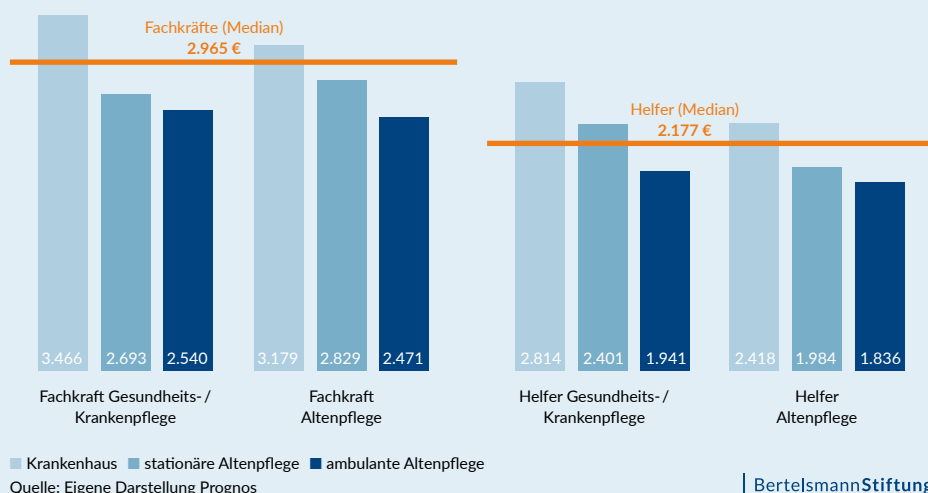
³³ Deutscher Bundestag 2017.

³⁴ Deutscher Bundestag 2016.

mission seit 2010 für die stationären und seit 2015 auch für die ambulanten Pflegebetriebe bestimmt.³⁵ Der Pflegemindestlohn wurde seit seiner Einführung jährlich angehoben und beträgt aktuell 11,05 Euro in den alten Bundesländern und Berlin (+4,7 Prozent i. V. zum Vorjahr) und 10,55 Euro in den neuen Bundesländern (+5,0 Prozent i. V. zum Vorjahr). Er liegt damit über dem allgemeinen gesetzlichen Mindestlohn. Beim Pflegemindestlohn wird nicht nach Qualifikation differenziert.

Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung wurde die flächendeckende Realisierung von Tarifverträgen in der Altenpflege als Ziel festgeschrieben. Im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege beschäftigte sich die Arbeitsgruppe 5 „Entlohnungsbedingungen in der Pflege“ mit dieser Fragestellung. Auf Grundlage der Regelung des § 7a Arbeitnehmer-Entsendegesetz (AEntG) sollen die Rechtsnormen eines Branchentarifvertrags auf alle unter seinen Geltungsbereich fallenden Arbeitnehmer, die nicht bereits an diesen gebunden sind, erstreckt werden. Hierfür muss das Bundesministerium für Arbeit und Soziales einen entsprechenden Verordnungserlass vornehmen. Die Arbeitsgruppe empfiehlt zudem die Festlegung verbindlicher Lohnuntergrenzen für die Altenpflege, differenziert nach Fach- und Hilfskräften, und eine Angleichung des in Ostdeutschland gültigen Pflegemindestlohns an das Niveau in den westdeutschen Bundesländern.³⁶

ABBILDUNG 6: Mittleres Bruttoentgelt von sozialversicherungspflichtig beschäftigten Fachkräften und Helfern der Kranken- und Altenpflege nach Einrichtungsart, 2017



Entgeltunterschiede zwischen Akut- und der Langzeitpflege

Nach wie vor bestehen Lohndifferenzen zwischen der Kranken- und der Altenpflege. Im Krankenhaus fallen die Entgelte der Pfleger deutlich höher aus als in der ambulanten und stationären Pflege.³⁷ Gesundheits- und Krankenpfleger im Krankenhaus bezogen im Jahr

35 Der Pflegemindestlohn gilt für alle Beschäftigten in Pflegebetrieben „soweit sie im Rahmen der von ihnen ausübenden Tätigkeiten in einem Umfang von mindestens 25 Prozent ihrer vereinbarten Arbeitszeit [...] tagesstrukturierend, aktivierend, betreuend oder pflegend tätig werden“ (§ 1 Abs. 3 PflegeArbbV).

36 BMG 2019a.

37 IAB 2018.

2017 im Durchschnitt ein um 23 Prozent höheres Entgelt als Altenpfleger in der stationären Pflege (Abbildung 6). Die Gehaltsunterschiede können allerdings teilweise durch die höhere Zahl an möglichen Fachkarrieren und Schichtzulagen in der Akutpflege erklärt werden.³⁸

2.4 Personalausstattung

Vorgaben zur Personalbemessung in stationären Pflegeeinrichtungen werden auf Bundes- und Landesebene bestimmt. Auf Bundesebene werden im Rahmen des SGB XI Vorgaben für die auf Landesebene abzuschließenden Rahmenverträge der Landesverbände der Pflegekassen und der Vereinigungen der Einrichtungsträger im Land gemacht, nach denen gemeinsam und einheitlich entweder Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder Personalrichtwerte zu vereinbaren sind (§ 75 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 i. V. m. Abs. 3 SGB XI). Die Personalrichtwerte können als Bandbreiten mit einem Mindest- und einem Maximalwert vereinbart werden und müssen für die teil- und vollstationäre Pflege Personalanhaltzahlen und Fachkraftquoten umfassen. Die Personalanhaltzahlen bilden das Verhältnis zwischen der Zahl der Nutzer und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) nach Pflegegraden ab, während die Fachkraftquote den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte an allen Pflege- und Betreuungskräften und somit den Qualifikationsmix widerspiegelt.

Diese bundesrechtlichen Vorgaben zur Personalbemessung sind in den Ländern unterschiedlich umgesetzt. Es gibt keine landesweiten Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten, sondern lediglich landesweite Personalrichtwerte. Während in manchen Ländern Höchstwerte für das Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte (in VZÄ) vereinbart wurden, haben andere Länder Korridore eingeführt. Auch das Niveau der vereinbarten Personalrichtwerte bzw. ihrer Korridore variiert erheblich zwischen den Ländern. Am Jahresende 2017 lagen die länderspezifischen Richtwerte für die Personalausstattung bezüglich einer Einrichtung mit 100 Pflegebedürftigen und einer bundesdurchschnittlichen Wohnerverteilung nach Pflegegraden zwischen 34,7 Vollzeitäquivalenten in Mecklenburg-Vorpommern und 41,9 Vollzeitäquivalenten in Bayern.³⁹

Seit 2006 können die Länder selbst Vorgaben zur Personalausstattung und zur Fachkraftquote machen. Zuvor hatte der Bund im Rahmen des Heimgesetzes (HeimG) und der Heimpersonalverordnung (HeimPersV, 1993) eine Fachkraftquote für betreuende Tätigkeiten von 50 Prozent bestimmt (§ 5 Abs. 1 HeimPersV). Einige Bundesländer wenden die Heimpersonalverordnung weiter an oder übernehmen deren Vorschriften zur Fachkraftquote. Andere Bundesländer weichen von der dort geregelten Fachkraftquote ab. Beispielsweise kann in Baden-Württemberg die Fachkraftquote auf 40 Prozent abgesenkt werden, wenn im Gegenzug andere Fachkräfte bzw. Pflegefachkräfte mit einer zweijährigen Ausbildung eingesetzt werden und maximal 40 Prozent der Beschäftigten im Bereich Pflege und Betreuung angelernte Kräfte sind (§ 8 Abs. 1 Landespersonalverordnung Baden-Württemberg).

³⁸ Bogai 2017.

³⁹ Maue 2018.

Angesichts der Kritik an der Fachkraftquote und den Personalanhaltszahlen wurden mit dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI beauftragt, bis Ende Juni 2020 mit Unterstützung von wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben zu erarbeiten und zu erproben (§ 13c Abs. 1 SGB XI). Das zu entwickelnde Verfahren soll es ermöglichen, den jeweils notwendigen Personalschlüssel und Qualifikationsmix auf Basis der Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen und der Ergebnisse ihrer Pflegebegutachtung zu bestimmen. Ersten Erkenntnissen zufolge werden in den stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in Deutschland deutlich mehr Assistenzkräfte und geringfügig mehr Pflegefachpersonen benötigt.⁴⁰ Die Ergebnisse sollen nach dem Willen der Bundesregierung von den Selbstverwaltungen auf Landesebene in ihren Vorgaben zur Personalbemessung berücksichtigt werden. Unabhängig davon können sie Grundlage für einrichtungsbezogene Verhandlungen sein. Eine verbindliche Einführung des neuen Personalbemessungsverfahrens nach dessen Erprobung auf Bundesebene ist nicht vorgesehen, da die diesbezügliche Regelungskompetenz bei den Vertragsparteien der Rahmenverträge auf Landesebene liegt. Die Bundesregierung könnte allerdings durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats Vorschriften zur Personalausstattung von Pflegeeinrichtungen erlassen (§ 83 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB XI).

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) von 2018 sieht vor, 13.000 zusätzliche Pflegestellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege zu schaffen. Die Stellen können auch von Pflegehilfskräften, die sich zur Pflegefachkraft ausbilden lassen, besetzt werden, sofern in einem Zeitraum von vier Monaten keine Pflegefachkraft rekrutiert werden kann. Daneben können ausgeweitete Teilzeitstellen berücksichtigt werden. Im Gegensatz zum bestehenden Pflegepersonal sollen diese Stellen vollständig über die Krankenversicherung finanziert werden (§ 37 Abs. 2a SGB V; § 8 Abs. 6 SGB XI).

2.5 Finanzierung

Pflegeleistungen werden in Deutschland von Sozialleistungsträgern, privaten Pflegeversicherungsunternehmen und den pflegebedürftigen Menschen selbst finanziert. Bei den Sozialleistungsträgern stehen die Pflegekassen und die Krankenkassen (medizinische Behandlungspflege) sowie die Sozialhilfeträger im Vordergrund. Die Soziale Pflegeversicherung, in der rund 90 Prozent der Bevölkerung pflichtversichert sind, regelt dabei nicht nur die Leistungen der gesetzlich Pflichtversicherten, sondern auch die Leistungen der Privaten Pflegeversicherung.

Die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung werden grundsätzlich als Dienst-, Sach- und Geldleistungen gewährt, deren Höhe von der jeweiligen Leistungsart und dem Grad der Pflegebedürftigkeit abhängt (Tabelle 1). Letzterer wird im Rahmen eines Begutachtungsverfahrens auf Antrag festgestellt. Die Leistungsbeträge sind in ihrer Höhe begrenzt und decken damit nicht die gesamten Pflegekosten ab (Teilleistungsprinzip). Reicht das Einkommen bzw. Vermögen der Pflegebedürftigen zur Finanzierung des selbst zu tragenden Anteils an den Pflegekosten nicht aus, werden die Kosten der pflegerischen Versorgung von den Sozialhilfeträgern im Rahmen der Hilfe zur Pflege übernommen.

⁴⁰ Rothgang, Fünfstück und Kalwitzki 2019.

TABELLE 1: Aktuelle Leistungsbeträge der Sozialen Pflegeversicherung nach Pflegegrad und Leistungsart

Pflege-grade	Geldleistung (ambulant)	Sachleistung (ambulant)	Entlastungsbetrag (ambulant, zweckgebunden)	Leistungsbetrag (vollstationär)
PG 1	–	–	125 Euro	125 Euro
PG 2	316 Euro	689 Euro	125 Euro	770 Euro
PG 3	545 Euro	1.298 Euro	125 Euro	1.262 Euro
PG 4	728 Euro	1.612 Euro	125 Euro	1.775 Euro
PG 5	901 Euro	1.995 Euro	125 Euro	2.005 Euro

Quelle: BMG 2018a

Da die Leistungsbeträge in der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung nicht entsprechend der Preisentwicklung angepasst wurden, kam es in der Vergangenheit zu einer schleichenden Lastenverschiebung auf die Leistungsempfänger bzw. die Sozialhilfeträger. Die anstehenden Vergütungserhöhungen für das Pflegepersonal werden sich auf die künftige Entwicklung der Entgelte für Pflegeleistungen auswirken. Damit erhöhen sich die finanziellen Eigenbeiträge für Pflegeleistungen und dementsprechend der Anteil der Personen, die mangels eigener Mittel bei Pflegebedürftigkeit Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen.

3 Handlungsfelder – Berufsprofile und Qualifikationsmix

Die pflegerische Langzeitversorgung wird immer komplexer. Ursächlich hierfür sind insbesondere die in Kapitel 1 beschriebenen demographischen, epidemiologischen, gesellschaftlichen und versorgungsstrukturellen Entwicklungen, die zu steigenden Anforderungen an die berufliche Pflege führen. Um die Qualität der ambulanten und stationären Langzeitpflege trotz der anhaltenden Anforderungszunahme zukünftig erhalten und weiterentwickeln zu können, ist eine Veränderung der in der Langzeitpflege tätigen Pflegeberufe und ihrer Rahmenbedingungen erforderlich. Um den sich wandelnden Versorgungsbedarfen gerecht zu werden, wird im Folgenden eine Anpassung der Berufsprofile und ihre Ausdifferenzierung in Form eines gestuften Qualifikationsmodells, welches neben beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen und ein- und zweijährig ausgebildeten Pflegehelfern auch Pflegefachpersonen mit Bachelor- oder Masterabschluss umfasst, vorgeschlagen. Dabei gilt es, die Pflegefachberufe durch neue Rollen und erweiterte Aufgaben im Gesundheitswesen aufzuwerten. Folgende drei Handlungsfelder werden dazu nachfolgend beleuchtet:

- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit von Pflegefachpersonen
- Mehr hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege
- Etablierung von Advanced Practice Nurses in Pflegeheimen

Die ausgewählten Vorschläge zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe in der Langzeitpflege wurden unter Einbeziehung von Pflegewissenschaftlern, Praktikern und juristischer Expertise (Fachgespräche)⁴¹ sowie unter Berücksichtigung internationaler Erfahrungen (Literaturanalyse) erarbeitet. Die Empfehlungen richten sich an das pflegerische Personal, welches in der Langzeitpflege tätig ist. Dieses schließt ab 2020 neben den gesondert ausgebildeten Altenpflegern auch die in der Langzeitpflege tätigen Pflegefachfrauen und -männer ein.

3.1 Stärkung der Eigenverantwortlichkeit von Pflegefachpersonen

3.1.1 Ausgangssituation

Die Gestaltungsspielräume von in der Langzeitpflege tätigen Pflegefachpersonen werden gegenwärtig durch rechtliche Rahmenbedingungen, teilweise auch durch die praktizierte Arbeitsorganisation, beschränkt, was sich nicht nur auf die Versorgungsqualität, sondern

⁴¹ Dr. Andreas Büscher (Hochschule Osnabrück, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege), Dr. Stephan Dyckerhoff (Buurtzorg Asia), Dr. Martina Hasseler (Universität Heidelberg), Dr. Bernhard Holle (Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen), Dr. Gerhard Igl (Universitätsprofessor a. D.), Dr. Sascha Köpke (Universität Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie), Dr. Michael Simon (Universität Basel), Johannes Technau (Buurtzorg Deutschland) und Dr. Frank Weidner (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung).

auch auf die Arbeitszufriedenheit negativ auswirken kann. Bis zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs am ersten Januar 2017 lag dem SGB XI ein Pflegebedürftigkeitsbegriff zugrunde, der die Pflegebedürftigkeit einer Person an deren Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen in den Bereichen Mobilität, Körperpflege, Ernährung und hauswirtschaftliche Versorgung festmachte. Insbesondere in der ambulanten Pflege ist das zwischen Pflegediensten und Kostenträgern vereinbarte Leistungsspektrum nach wie vor stark an diesem mittlerweile überholten, verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff ausgerichtet. Die vereinbarten Leistungskomplexe werden dabei vielfach als nicht bedarfsdeckend erachtet. Insbesondere der Unterstützungsbedarf von demenziell erkrankten Menschen, beispielsweise bei der Alltagsbewältigung und der Tagesstrukturierung, aber auch die Bedarfe an beratenden und edukativen Interventionen, an Case und Care Management und an der Förderung der Selbstpflege werden in den Leistungskomplexen der ambulanten Pflege nicht ausreichend berücksichtigt.⁴² Die unvollständige Abdeckung der individuellen Bedarfslagen bedingt dabei, dass die Bedarfe in der pflegerischen Versorgung nicht vollumfänglich wahrgenommen werden können. Dies sorgt nicht nur bei den Pflegebedürftigen, sondern auch bei den Pflegenden für Frustration, da letztere ihre Kompetenzen nicht wie gewünscht in der pflegerischen Versorgung einsetzen können.⁴³ Daneben bergen die leistungserbringungsrechtliche Verteilung von Tätigkeiten nach beruflicher Qualifikation und bestimmte Formen der Arbeitsorganisation (z. B. Funktionspflege) zudem das Risiko einer zunehmenden Fragmentierung der Versorgung und steigender Ineffizienzen.

Alternative Konzepte der Arbeitsorganisationen können dabei als Inspiration für die deutsche Langzeitpflege dienen: Buurtzorg aus den Niederlanden arbeitet in der ambulanten Pflege mit Kleinteams aus Pflegefachpersonen, die eigenständig die Organisation der pflegerischen Versorgung innerhalb ihres Quartiers planen und durchführen. Leitungskräfte gibt es nicht. Der Erfolg des Konzeptes lässt sich an der höheren Zufriedenheit bei Pflegern und Pflegebedürftigen ablesen. Dies schlägt sich auch in der erfolgreichen Rekrutierung hoch qualifizierter Pfleger wieder. Ein Konzept für die stationäre Langzeitpflege wurde zwischen 2004 und 2006 in Nordrhein-Westfalen erprobt. Es handelte sich um eine weiterentwickelte Variante des Primary Nursing. Eine sogenannte zuständige Pflegefachperson übernimmt dabei die verantwortliche Steuerung der pflegerischen Versorgung von ca. zehn Bewohnern. Anders als bei der Funktionspflege erfolgt die Anordnung und Verteilung von Tätigkeiten nicht über eine Leitungskraft, sondern wird eigenverantwortlich von der zuständigen Pflegefachperson geplant und durchgeführt. Nachfolgend werden diese Beispiele alternativer Arbeitsorganisation für die ambulante und stationäre Langzeitpflege illustriert, die mit einer Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Pflegefachpersonen einhergehen.

Konturierung klarer Ausbildungs- und Berufsprofile für Pflegehelfer

Als Partner der Pflegefachpersonen spielen Pflegehelfer bereits heute eine wichtige Rolle in der Langzeitpflege. Angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels dürfte ihre Bedeutung zukünftig steigen. Zur Entlastung der Pflegefachpersonen könnten Pflegehelfer dabei vermehrt Aufgaben übernehmen, die bisher eher von Pflegefachpersonen wahrgenommen wurden. Dies setzt voraus, dass ausgehend von Verantwortlichkeiten klare Ausbildungs- und

⁴² Büscher 2014.

⁴³ Leichsenring 2015.

Berufsprofile für die Pflegehelferberufe geschaffen werden. Anzudenken ist eine Konturierung ein- und zweijähriger generalistischer Ausbildungen. Erstrebenswert wäre dabei, bundesweit in Grundzügen einheitliche Ausbildungs- und Berufsprofile zu schaffen und umzusetzen, sodass eine gewisse Anschlussfähigkeit zwischen den Ländern und eine einheitliche und angemessene Durchlässigkeit zur Fachkraftqualifizierung gewährleistet sind. Bisher haben die Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und die Gesundheitsministerkonferenz 2013 Mindestanforderungen für die Pflegehelferberufe beschlossen (BANz AT 17.02.2016 B3), wobei die Länder die auf Basis dieser Mindestanforderungen landesrechtlich geregelten Ausbildungen gegenseitig anerkennen. Im Rahmen der „Ausbildungsoffensive Pflege (2019–2023)“ haben sich die Länder zur Anbietung von Pflegehelfer- und Assistenzausbildungen verpflichtet, die den Eckpunkten entsprechen.⁴⁴

3.1.2 Alternative Arbeitsorganisation in der ambulanten Pflege: „Buurtzorg“

Buurtzorg („Nachbarschaftshilfe“) ist ein ambulantes Pflegesystem.⁴⁵ Es wurde Mitte der 2000er Jahre in den Niederlanden von mehreren *Community Nurses* entwickelt, die mit der damals vorherrschenden Form der Hauskrankenpflege unzufrieden waren. Charakteristisch für letztere waren die tayloristische, d. h. durch Aufgabenteilung gekennzeichnete Organisation, ein erheblicher bürokratischer Aufwand sowie eine unzureichende Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern. Buurtzorg wurde in Anlehnung an das Konzept der Gemeindepfleger konzipiert. Diese waren ab den 1950er Jahren weitestgehend eigenverantwortlich für die ambulante Versorgung pflegebedürftiger Menschen in unterversorgten, zumeist ländlichen Gebieten zuständig. Dabei arbeiteten sie eng mit Apothekern, Hausärzten, Nachbarn und Angehörigen zusammen. In Orientierung an das Gemeindepfleger-Konzept sieht der Ansatz von Buurtzorg vor, dass egalitäre Teams von maximal zwölf hoch qualifizierten Pflegern die pflegerische Versorgung innerhalb von Quartieren mit fünf- bis zehntausend Bewohnern sicherstellen. Die Teams sind dabei selbstgesteuert, d. h., sie organisieren ihre Arbeit selbstständig. Leitungskräfte gibt es nicht. Jedes Team ist für die pflegerische Versorgung von etwa 50 bis 60 Patienten verantwortlich, jedes Teammitglied für vier bis fünf Personen. Zur Gewährleistung einer guten Beziehung zwischen Pflegern und Pflegebedürftigen wird versucht, maximal zwei Pfleger pro Patienten einzusetzen.

Die Aufgaben der Buurtzorg-Pfleger beinhalten zunächst die Ermittlung der individuellen Bedarfslagen, wobei medizinische, rehabilitative, pflegerische, persönliche und soziale Aspekte berücksichtigt werden. Die Bedarfsermittlung und das daran anschließende Treffen von Versorgungsentscheidungen erfolgen vornehmlich mit den Patienten bzw. ihren Angehörigen. Die Pflege zielt grundsätzlich darauf ab, die Selbstständigkeit der Patienten zu fördern. Zu diesem Zweck wird der Aufbau von Selbstpflegekompetenzen bei den Pflegebedürftigen u. a. durch Beratung unterstützt. Eine weitere Aufgabe besteht in der Identifizierung, Einbeziehung und Vernetzung aller formellen und informellen Pflegepersonen. Auch die Erbringung von Pflege- und Betreuungsleistungen gehört zu den Aufgaben der Pfleger.

⁴⁴ BMG 2019a.

⁴⁵ Die folgenden Ausführungen zum Konzept basieren auf Dyckerhoff 2018, Greuter 2016, Krinninger 2018 und Leichsenring 2015.

Das Leistungsspektrum ist dabei breit gefasst und beinhaltet neben der medizinischen Behandlungspflege viele unterstützende Tätigkeiten, die in herkömmlichen ambulanten Pflegediensten häufig von geringer qualifiziertem Personal übernommen werden. Das breite Leistungsspektrum von Buurtzorg gewährleistet dabei die Ganzheitlichkeit der Pflege.

Mittlerweile sind in den Niederlanden über 10.000 Pfleger bei Buurtzorg angestellt. Weiterhin sind rund 20 Coaches und 50 Verwaltungskräfte bei Buurtzorg tätig. Die Coaches kommen zum Einsatz, wenn sich Probleme nicht innerhalb der Teams lösen lassen. Die Verwaltungskräfte sind für übergreifende administrative Aufgaben, darunter die Abrechnungen mit den Kostenträgern und der Gehälter, zuständig. Mit mehr als 1.000 über ganz Holland verstreuten Teams ist Buurtzorg mittlerweile einer der größten ambulanten Pflegedienste in den Niederlanden. Die Expansion innerhalb von wenigen Jahren ist dabei auf verschiedene Faktoren zurückzuführen, zu denen die überdurchschnittlich hohe Zufriedenheit der Beschäftigten zählt. Buurtzorg wurde bereits mehrmals zum besten Arbeitgeber Hollands gekürt. Auch die im Vergleich zu anderen Anbietern deutlich niedrigere Personalfuktuation weist auf eine höhere Arbeitszufriedenheit hin.⁴⁶ Die Beliebtheit des Konzeptes erleichtert dabei die Rekrutierung hoch qualifizierter Pfleger. Neben den Beschäftigten sind auch die Klienten im Durchschnitt zufriedener.⁴⁷

Eine Evaluation aus dem Jahr 2012 ergab, dass bei Buurtzorg im Durchschnitt lediglich ein halb so hoher Pflegeaufwand wie bei herkömmlichen ambulanten Pflegediensten in den Niederlanden anfällt.⁴⁸ Der daraus resultierende Spareffekt für die Kostenträger wird jedoch durch höhere Löhne und daraus resultierende überdurchschnittlich hohe Kosten einer Pflegestunde aufgewogen. Ursächlich für die höheren stundenbezogenen Pflegekosten ist die hoch qualifizierte Personalstruktur: 70 Prozent der Pflegekräfte sind diplomierte, davon 40 Prozent hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte.⁴⁹

Pflegeberufe und Qualifizierungswege in den Niederlanden

In den Niederlanden gibt es drei Qualifikationsniveaus: Pflegehelfer / -assistenten, Pflegefachpersonen und Pflegeexperten. Die Qualifizierung zum Pflegehelfer erfolgt häufig über Umschulungen bzw. eine zweijährige berufliche Ausbildung, während die Qualifizierung zum Pflegeassistenten über eine dreijährige berufliche Ausbildung erfolgt. Die Qualifizierung zur Pflegefachperson findet im Rahmen einer vierjährigen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung statt. Voraussetzung für eine Tätigkeit als Pflegefachperson ist eine Registrierung, die alle fünf Jahre erneuert werden muss. Die Verlängerung setzt entsprechende berufliche Tätigkeiten und Fortbildungen voraus. Mit der Registrierung geht die Erlaubnis zur Durchführung vorbehaltener Aufgaben, wie der Steuerung von Versorgungsprozessen, einher. Pflegefachpersonen können sich über ein Masterstudium zu Pflegeexperten qualifizieren.⁵⁰

Im Kontext der bereits erfolgten Evaluationen wurde das Modell auch auf seine finanzielle Tragfähigkeit hin untersucht. Dabei wurde berechnet, dass Buurtzorg im Vergleich zu anderen ambulanten Pflegediensten in den Niederlanden im Durchschnitt 20 Prozent günstiger für die zuständige Sozialversicherung ist. Der kostensteigernde Effekt, der aus

⁴⁶ Greuter 2016.

⁴⁷ KPMG 2013.

⁴⁸ a. a. O.

⁴⁹ Dyckerhoff 2018; Greuter 2016.

⁵⁰ Stiftung Münch 2019.

den überdurchschnittlich hohen Pflegekosten resultiert, wird dabei durch den geringeren Pflegeaufwand und v. a. durch die geringeren Overheadkosten überkompensiert.⁵¹ Evaluationsergebnissen zufolge belaufen sich diese lediglich auf ein Drittel der Verwaltungskosten anderer ambulanter Pflegedienste in den Niederlanden.⁵² Die deutlich niedrigeren Verwaltungskosten werden dabei u. a. auf die flache Organisation zurückgeführt. Durch die Übertragung von Planungs- und Koordinationsaufgaben auf die Pflegekräfte konnte das mittlere Management weitestgehend abgeschafft werden. Ebenfalls eine Rolle spielen der Einsatz von IT-Anwendungen und ein vereinfachtes Abrechnungswesen mit den Kostenträgern. Die Abrechnung mit der staatlichen Sozialversicherung erfolgt nicht auf Basis von Zeitaufwand, Leistungsart und Qualifikationsniveau, sondern auf Basis einer nicht zeitbezogenen Leistungsvergütung von ca. 55 Euro pro Stunde. Dadurch reduziert sich der administrative Aufwand bei der Protokollierung und Zusammenstellung des Leistungsgeschehens erheblich. Vor allem aufgrund seiner niedrigen Overheadkosten hat Buurtzorg in den vergangenen Jahren in den Niederlanden einen Gewinn von rund acht Prozent seines Umsatzes erwirtschaftet. Da Buurtzorg ein Sozialunternehmen ist, werden die Gewinne vollständig in das Unternehmen reinvestiert.

Angesichts des Erfolgs in den Niederlanden stößt das Konzept weltweit auf ein wachsendes Interesse. In einigen Ländern, darunter die USA, Großbritannien, Schweden und Japan, finden bereits Erprobungsversuche statt.⁵³ Auch in Deutschland arbeiten erste Pflegedienste nach dem Konzept von Buurtzorg. Die größte Herausforderung stellt dabei die in Deutschland übliche Abrechnung nach Leistungskomplexen dar, die dem ganzheitlichen Ansatz von Buurtzorg bzw. der Abrechnung von Besuchspauschalen entgegensteht. Eine weitere Herausforderung ist die Verfügbarkeit hoch qualifizierter Pflegefachpersonen (*Community Nurses*) mit Kenntnissen lokaler Ressourcen, die für den Aufbau von Unterstützungsnetzwerken erforderlich sind.

Potenzielle Finanzierungswirkungen eines „Buurtzorg-Modells“ in Deutschland

Die Ausführungen zu Buurtzorg zeigen, dass bei einer „nachbarschaftlichen“ Organisation der Versorgung im ambulanten Bereich spürbare Effizienzvorteile erzielt werden können. Allerdings sind die Rahmenbedingungen in den Niederlanden andere als in Deutschland, weshalb eine Übertragung tatsächlich nicht eins zu eins erfolgen kann. Den durchschnittlichen ambulanten Pflegekosten von Buurtzorg in den Niederlanden und von ambulanten Pflegediensten gemäß SGB XI in Deutschland liegen beispielweise unterschiedliche Populationen zugrunde. Die Daten von Buurtzorg beziehen sich u. a. nicht ausschließlich auf Personen mit dauerhaftem Pflegebedarf, da die ambulante Pflege in den Niederlanden nicht zwischen häuslicher Akut- und Langzeitpflege unterscheidet.

Gleichwohl stellt sich die Frage, in welchem Ausmaß ein „Buurtzorg-Modell“ die ambulante Pflege in Deutschland kostensparender machen würde. Um die potenziellen Finanzierungswirkungen abzuschätzen, wird der ausgewiesene Kostenvorteil von 20 Prozent auf die Pflegesachleistungen der Sozialen Pflegeversicherung übertragen. Diese lagen im Jahr 2017 bei 4,5 Milliarden Euro.⁵⁴ Eine vollständige Umsetzung des „Buurtzorg-Modells“ in Deutschland könnte demnach 0,9 Milliarden Euro Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung ein-

51 KPMG 2015.

52 Greuter 2016.

53 Brindle 2017.

54 BMG 2018b.

sparen. Pro betreutem Leistungsempfänger (durch einen ambulanten Pflegedienst) entspräche dies einem Kostenvorteil von knapp 1.100 Euro pro Jahr.

Da die Soziale Pflegeversicherung nicht alle Kosten der ambulanten Versorgung vollständig deckt, sondern zudem Eigenanteile der Versicherten anfallen und Leistungen über die Gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden, handelt es sich lediglich um eine rechnerische Annäherung. Die Struktur der tatsächlich anfallenden Kosten und die Zuordnung dieser Kosten zu den einzelnen Trägern bestimmen letztlich die Aufteilung der potenziellen Einsparungen.

3.1.3 Alternative Arbeitsorganisation in der stationären Pflege: „NRW-Referenzmodelle“

Auch in der stationären Langzeitpflege ist die Arbeitsorganisation von Bedeutung für die Attraktivität der beruflichen Pflege. Zu den bestehenden Formen der Arbeitsorganisation gehören die Funktionspflege, die Gruppenpflege und das Primary Nursing. Bei der Funktionspflege handelt es sich um einen tayloristischen Arbeitsansatz: Die einzelnen Pflegekräfte übernehmen jeweils bestimmte Tätigkeiten und führen diese bei allen Patienten einer Station durch. Für die Anordnung und Verteilung von Tätigkeiten sowie für die Kontrolle von deren Ausführung ist die Stationsleitung zuständig, die zudem die Gesamtverantwortung für die Pflege trägt. Im Gegensatz zur Funktionspflege, die aufgrund ihres tayloristischen Ansatzes und der damit verbundenen Fragmentierung der Versorgung in der Kritik steht, sieht die Gruppenpflege vor, dass mehrere Patienten von einer Gruppe von Pflege- und Hilfskräften versorgt werden. Die Einteilung der Gruppenmitglieder und deren Zuordnung zu Patienten obliegen dabei der Gruppenleitung, wobei eine Bezugspflege aufgrund des Wechsels des Personals nicht gewährleistet ist.⁵⁵

Im Unterschied zur Funktions- und Gruppenpflege sieht das Pflegesystem Primary Nursing vor, dass jeder Bewohner einer Pflegeperson fest zugeordnet wird, die für alle pflegerrelevanten Entscheidungen und deren Umsetzung verantwortlich ist. In der Abwesenheit der Primary Nurse wird die Pflege des jeweiligen Bewohners von anderen Pflegekräften gemäß dem Pflegeplan der Primary Nurse umgesetzt. Ziel des Primary Nursing ist der Aufbau einer kontinuierlichen Beziehung zwischen der pflegebedürftigen und der pflegenden Person. Die Kommunikation zwischen Primary Nurse, Angehörigen oder behandelnden Ärzten erfolgt dabei direkt, also ohne Einbeziehung von Vorgesetzten. Die Primary Nurse trägt somit die Gesamtverantwortung für die pflegerische Versorgung der ihr zugeordneten Pflegebedürftigen. Im Vergleich zur Funktions- und zur Gruppenpflege tragen Primary Nurses damit eine größere Verantwortung bei breiterem Aufgabenspektrum.⁵⁶

⁵⁵ Mischo-Kelling und Schütz-Pazzini 2007 in Carrier et al. 2017.

⁵⁶ Carrier et al. 2017.

Eine in Deutschland weiterentwickelte Variante des Primary Nursing ist das Konzept der zuständigen Pflegefachkraft („Referenzkonzept“), welches zwischen 2004 und 2006 in 20 stationären Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen erprobt wurde. Das Konzept sieht vor, dass eine sogenannte zuständige Pflegefachkraft die pflegerische Versorgung von ca. zehn Bewohnern verantwortlich steuert. Die Aufgaben der *zuständigen Pflegefachkraft* umfassen dabei das regelmäßige pflegerische Assessment, die Formulierung von Pflegezielen, die Maßnahmenplanung (inkl. der Entwicklung einer geeigneten Tagesstrukturierung), die Information, Anleitung und Beratung von anderen Mitarbeitenden, Angehörigen und Helfern, die regelmäßige Überprüfung der Maßnahmenplanung sowie die Prozesssteuerung und Koordination beim Einzug des Bewohners, in der Zusammenarbeit mit Angehörigen und Ärzten, bei der Sterbebegleitung und der Überleitung aus dem Krankenhaus.⁵⁷

3.1.4 Zusammenfassung und Empfehlungen

Um die Gestaltungsspielräume von Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege zu vergrößern, aber auch um die Ganzheitlichkeit der pflegerischen Versorgung sicherzustellen, sollte die Verantwortung der Steuerung des Pflegeprozesses in der Langzeitpflege auf entsprechend qualifiziertes Pflegefachpersonal übertragen werden. Die verantwortliche Steuerung des Pflegeprozesses umfasst dabei die regelmäßige, kontinuierliche Präsenz, die Kommunikation mit dem pflegebedürftigen Menschen und den Angehörigen, sie impliziert aber auch die Entscheidung, welche der anfallenden Aufgaben durch die „verantwortliche“ Fachkraft selbst durchgeführt werden, welche Aufgaben von einer anderen Fachkraft oder von einer Hilfskraft erbracht werden.

Das Pflegeberufegesetz hat die diesbezüglichen qualifikatorischen Voraussetzungen für die Pflegefachfrauen und -männer geschaffen: Erstmals wurden für Pflegefachpersonen vorbehaltene Tätigkeiten in der Gesundheitsversorgung definiert. Der Gesetzgeber setzt sich durch diese Neuregelungen für die Aufwertung des Pflegeberufs ein und unterstreicht die besondere Bedeutung pflegerischer Kompetenz und Qualifizierung, die für die Durchführung von Kernaufgaben der beruflichen Pflege vonnöten ist. Ab dem ersten Januar 2020 ist die verantwortliche Steuerung des Pflegeprozesses nicht nur Ausbildungsziel aller Pflegefachpersonen (§ 5 Abs. 3 Nr. 1 Buchst. b, für die Altenpflege § 61 Abs. 1 PflBG),⁵⁸ sondern auch ihnen vorbehaltene Tätigkeit (§ 4 Abs. 2 Nr. 2 PflBG). Grundsätzlich kann die Steuerung des Pflegeprozesses von allen Pflegefachpersonen übernommen werden, jedoch könnten insbesondere hochschulische Pflegefachpersonen dieser Aufgabe zukünftig nachkommen und im Rahmen ihrer Ausbildung gezielt darauf vorbereitet werden (siehe Kapitel 3.2).

Die Übertragung vorbehaltener Aufgaben setzt dabei auch voraus, dass die zuständigen Pflegefachpersonen entsprechende Rahmenbedingungen vorfinden, um ihren Aufgaben eigenverantwortlich nachkommen und ihre Kompetenzen entsprechend einbringen zu können. Insbesondere bedarf es insbesondere Anpassungen im Leistungserbringungsrecht bzw. in den Vergütungsvereinbarungen sowie in der Arbeitsorganisation der Einrichtungen und Dienste.

⁵⁷ Korte-Pöppers, Wingenfeld und Heitmann 2007.

⁵⁸ Nach bisherigem Recht war nur die umfassende und geplante Pflege Ausbildungsziel (§ 3 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 AltPflG).

3.2 Hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege

3.2.1 Ausgangssituation

Hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte spielen in der deutschen Langzeitpflege bisher lediglich eine marginale Rolle. Am Jahresende 2017 hatten weniger als ein Prozent der Beschäftigten ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen einen pflegewissenschaftlichen Hochschulabschluss.⁵⁹ Zwar wurden seit Beginn der 1990er Jahre in Deutschland Studiengänge im Bereich Pflege konzipiert, die sich jedoch vornehmlich an ausgebildete Pflegekräfte mit Weiterbildungswunsch z. B. im Bereich Pflegemanagement richten. Primärqualifizierende Pflegestudiengänge gibt es bislang nur im Rahmen von Modellvorhaben.⁶⁰ In anderen Ländern ist die hochschulische Erstausbildung hingegen bereits deutlich länger ein bzw. der Weg in den Pflegeberuf. In Großbritannien wurden die ersten primärqualifizierenden Studiengänge zu Beginn der 1970er Jahre eingeführt, seit 1999 werden alle Pflegefachkräfte hochschulisch ausgebildet. Auch in Schweden und Kanada erfolgt der Zugang zum Beruf mittlerweile regelhaft über eine primärqualifizierende hochschulische Ausbildung. Ein Nebeneinander verschiedener Ausbildungswege wird beispielsweise in den USA, den Niederlanden und der Schweiz praktiziert. Durch das Pflegeberufegesetz wurden nun auch in Deutschland die nötigen rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen, um den hochschulischen Ausbildungsweg zur Berufszulassung ab 2020 zu ermöglichen.⁶¹

Im Folgenden wird eine stärkere Ausdifferenzierung des Qualifikationsmixes durch hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen in Einrichtungen der Langzeitpflege angeregt. Eine Ausdifferenzierung des Qualifikationsmixes ist gerade im Hinblick auf die komplexer werdenden Versorgungsbedarfe (u. a. zunehmende Zahl an chronisch kranken und multimorbiden Menschen), aber auch aufgrund der zunehmenden Diversität der Pflegebedürftigen (u. a. jüngere Pflegebedürftige, pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund) sowie Herausforderungen bei der interprofessionellen Zusammenarbeit oder beim Einsatz von Digitalisierung und Technik anzustreben.⁶² Um den Anteil hochschulischer Pflegefachpersonen zu erhöhen, müssen die neuen rechtlichen Rahmenbedingungen in den nächsten Jahren mit Leben gefüllt werden. Dafür gilt es, einerseits Studiengänge an den Hochschulen zu etablieren bzw. auszubauen und andererseits dafür zu sorgen, dass die Absolventen in den Einrichtungen der Langzeitpflege attraktive Arbeitsstellen vorfinden.

59 Statistisches Bundesamt 2018.

60 Die deutsche Schulstatistik weist keine Daten zur Zahl der Absolventen primärqualifizierender Pflegestudiengänge aus.

61 Die Stärkung der hochschulischen Ausbildung lässt sich auch in anderen Gesundheitsberufen beobachten. Das Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung wurde am 26. September 2019 durch den Bundestag verabschiedet. Hebammen und Entbindungshelfer sollen künftig in einem dualen Studium ausgebildet werden. Einerseits soll dadurch die Ausbildung modernisiert, andererseits auf steigende Anforderungen reagiert werden (BMG 2019b).

62 Ewers und Lehmann 2019; Darmann-Finck und Reuschenbach 2018.

3.2.2 Kompetenzzuwachs und zusätzliches Arbeitskräftepotenzial

Als Zielgröße für die Anhebung des Anteils hochschulischer Pflegefachpersonen empfiehlt der Wissenschaftsrat einen hochschulischen Anteil von 10 bis 20 Prozent der Auszubildenden eines Ausbildungsjahrgangs.⁶³ Diese Bandbreite wurde von der Arbeitsgruppe 1 der Konzierten Aktion Pflege zu Beginn des Jahres 2019 aufgegriffen und als „langfristig anzustrebendes Maß“ festgehalten.⁶⁴ Illustriert an den 26.104 Absolventen⁶⁵ des Jahres 2017 hätten, bei gleicher Jahrgangsgröße, zwischen 2.610 und 5.220 Personen im Rahmen einer hochschulischen Erstausbildung ausgebildet werden müssen. Dies verdeutlicht, dass gezielte Maßnahmen und Anstrengungen unumgänglich sind, wenn der Auf- und Ausbau der hochschulischen Ausbildung ernst genommen werden soll.

Durch eine höhere Anzahl hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege sollen Wissens- und Kompetenzgewinne in den ambulanten und stationären Einrichtungen generiert werden, die zu Versorgungssicherheit und -qualität beitragen. So sollen durch den starken Wissenschaftsbezug der hochschulischen Pflegeausbildung die Möglichkeiten und Konzepte für Diagnose, Pflegehandeln, Prävention und Rehabilitation im direkten Pflegehandeln, aber auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit erweitert werden. Für den Ausbau grundständiger akademischer Qualifizierungsangebote spricht zudem, dass dieser Bildungsweg für die verhältnismäßig stark wachsende Zahl der Abiturienten attraktiver sein dürfte als die berufliche Ausbildung und somit eine weitere Zielgruppe in den Blick genommen wird.

Der Ausbau der Pflegeforschung, national wie international, führt zu einem stetig wachsenden Wissensstand, der bisher nach Einschätzung von Experten in nicht ausreichendem Maß in die Pflegeeinrichtungen transportiert wird: Laut Qualitätsbericht 2017 des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) erfolgte die Behandlung von chronischen Wunden oder Dekubitus in stationären Einrichtungen in rund einem Viertel der Fälle nicht nach aktuellem Wissensstand; jede fünfte Person mit Dekubitus-Risiko erhielt keine bzw. unzureichende Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs, obwohl Interventionen zur Druckentlastung und Druckverteilung sowie Bewegungsförderung das Auftreten von Dekubitus weitgehend verhindern können.⁶⁶ Der herausforderungsreiche Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis zeigt sich auch bei der Implementation pflegerischer Expertenstandards.⁶⁷ Herausforderungen ergaben sich dabei, konkrete Handlungsvorhaben extern zu definieren und diese anschließend in den Pflegeeinrichtungen nachhaltig zu verankern. Damit die Beschäftigten die Standards verstehen und in das eigene Handeln integrieren können, sind umfangreiche fachinhaltliche Kenntnisse zu dem Thema nötig, aber auch der geübte Umgang mit wissenschaftlicher Literatur und Methoden.⁶⁸ Die hochschulische Erstausbildung bzw. der Einsatz von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen setzt an diesen Herausforderungen an. Durch die hochschulische Ausbildung sind die Studierenden mit wissenschaftlichen Studien, Methoden und Forschungsergebnissen vertrauter und können so wissenschaftsorientiertes

63 Der Anteil von zehn bis 20 Prozent eines Ausbildungsjahrgangs wurde an der „üblichen Größe multidisziplinärer Teams“ bemessen (Wissenschaftsrat 2012).

64 BMG 2019a.

65 Statistisches Bundesamt 2018.

66 MDS 2018.

67 Seit 1999 wurden acht pflegerische Expertenstandards definiert, die pflegewissenschaftliche wie pflegepraktische Erkenntnisse kombinieren und zu mehr verbindlicher Qualität in der pflegerischen Versorgung in Deutschland beitragen sollen.

68 Meyer und Köpke 2006; Freimuth und Sailer 2007.

bzw. evidenzbasiertes Pflegehandeln in den Einrichtungen stärken und direkt bei der inter-
nen Professions- und Qualitätsentwicklung mitwirken.⁶⁹

Im Rahmen der Evaluation primärqualifizierender Studiengänge in Nordrhein-Westfalen, die bislang als Modellstudiengänge angelegt sind, wurden unterschiedliche Akteure, u. a. hochschulisch und beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen sowie Führungskräfte, nach ihrer Erfahrung und ihren Einschätzungen zu den unterschiedlichen Ausbildungswegen gefragt. Die Befragten schrieben hochschulisch qualifizierten Absolventen neben wissenschaftsorientierten Kompetenzen besondere Fähigkeiten der Reflexion und des kritischen Hinterfragens, z. B. von Routinen und Behandlungsmaßnahmen, zu. Zudem sind laut den Befragten hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen durch die wissenschaftsbasierte Ausbildung besonders geeignet, den Hintergrund und Zusammenhang von Diagnostik und Intervention zu verstehen, zu durchdenken und in ihr Handeln einzubeziehen. Dies trägt dazu bei, dass sie besonders flexibel auf Herausforderungen bei der individuellen Pflegeplanung und -durchführung eingehen können. Hochschulisch ausgebildete Fachpersonen orientieren sich nach Einschätzung der Befragten tendenziell weniger an Routinen, sondern konzipieren verstärkt individuelle, an den spezifischen Bedarfen der Pflegebedürftigen ausgerichtete Interventionen und passen den Pflegeprozess entsprechend den Bedarfen und Befunden kontinuierlich an. Gerade Personen mit spezifischen körperlichen, aber auch sozialen oder psychischen Beeinträchtigungen profitieren von der pflegerischen Versorgung durch hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen.⁷⁰

Wissenschaftliche Kompetenzen tragen zudem zu einer interprofessionellen Zusammenarbeit auf Augenhöhe bei. Gerade bei der Interaktion mit anderen Gesundheitsberufen weist die Evaluation der primärqualifizierenden Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen auf eine hierarchiefreiere Interaktion der hochschulischen Pflegefachpersonen mit Ärzten hin. So trauen sich hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen eher zu, Entscheidungen von Ärzten zu hinterfragen und zu kritisieren. Zusätzliche Kenntnisse über das Gesundheitssystem und die verschiedenen Versorgungsbereiche fördern dabei die Kooperation über die Sektorengrenzen und Professionen hinweg, die im stationären, aber insbesondere im ambulanten Bereich zunehmend an Bedeutung gewinnt.⁷¹

Untersuchungen der quantitativen Wirkungen des Einsatzes von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen liegen bisher lediglich für die akutstationäre Pflege vor. Nachweislich besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Anteil von Pflegekräften mit einer Bachelorqualifikation und den Patientenoutcomes. Auswertungen von Krankenhausdaten aus den USA lieferten signifikante Hinweise, dass die Zunahme von Pflegekräften mit einem Bachelor- oder höherem Abschluss mit der Abnahme der Mortalität zusammenhängt.⁷² Der signifikante Zusammenhang von abnehmenden Todesfällen im Krankenhaus bei einem steigenden Anteil an hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen wurde in einer vergleichenden Studie in neun europäischen Ländern (Belgien, Großbritannien, Finnland, Irland, Niederlande, Norwegen, Spanien, Schweden, Schweiz) bestätigt.⁷³ Auch im Zusammenhang mit stärker pflegeassoziierten Versorgungsindikatoren (z. B. Dekubitus) konnten bei einem höheren Anteil von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen bessere Versorgungsergebnisse erzielt werden.⁷⁴ Auch wenn bei der Interpretation der Ergebnisse

69 Reichardt et al. 2016.

70 Darmann-Fink et al. 2014.

71 a. a. O.

72 Kendall-Gallagher et al. 2011; Kutney-Lee, Sloane und Aiken 2013.

73 Aiken et al. 2014.

74 Blegen, Goode und Park 2013.

die Besonderheiten der unterschiedlichen Gesundheitssysteme sowie das jeweilige Versorgungssetting berücksichtigt werden müssen, legen diese Studien nahe, dass sich der Einsatz von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen positiv auf die Versorgungsqualität in Pflegeeinrichtungen auswirkt.

Pflegeberufe und Qualifizierungswege in den USA

Um in den USA als Pflegefachperson arbeiten zu dürfen, muss regelmäßig eine Registrierung zur sogenannten *Registered Nurse* (RN) vorgenommen werden. Für die Teilnahme an der Registrierung befähigen drei Ausbildungswege gleichermaßen: Das „Associate of Science in Nursing Program“ (ADN) gilt als der niedrigste Ausbildungsweg und kann an einem College erworben werden. „Diploma Nursing“-Programme sind am ehesten mit der beruflichen Ausbildung in Deutschland vergleichbar und finden in speziellen Schulen von Akutpflegeeinrichtungen statt. Der dritte Weg ist die hochschulische Qualifizierung mittels eines primärqualifizierenden Studiums.⁷⁵ Der „Future of Nursing“-Report des Institute of Medicine (IOM) aus dem Jahr 2013 empfiehlt den Anteil von *Registered Nurses* mit Bachelorabschluss bis 2020 von 50 auf 80 Prozent anzuheben. Viele politische Maßnahmen wurden seitdem auf den Weg gebracht, um die Empfehlungen des Reportes umzusetzen.

Aufgabenprofil primärqualifizierter Hochschulabsolventen

Herausfordernd für die Akteure der Pflegepraxis, aber auch für die Studierenden ist der unscharfe Aufgabenbereich hochschulischer Pflegefachpersonen. Da es kein konkretes Profil für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen gibt und zudem kaum Personen mit einem hochschulischen Abschluss in der Langzeitpflege arbeiten, besteht insbesondere in den ambulanten Pflegediensten und stationären Langzeitpflegeeinrichtungen Unklarheit bezüglich der Rolle, der Kompetenzen und Einsatzmöglichkeiten hochschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen.

Die (zukünftigen) Aufgabenprofile hochschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen lassen sich nur bedingt aus den rechtlichen Grundlagen, bspw. den Ausbildungszielen nach § 37 PflBG, ableiten. Sie sollen wie ihre beruflich qualifizierten Kollegen selbstständig Pflegemaßnahmen in der Akut- und Langzeitpflege durchführen (§ 37 Abs. 1 PflBG), dabei jedoch stärker einem wissenschaftlichen und evidenzbasierten Vorgehen folgen (§ 37 Abs. 2 PflBG). Mit einem Schwerpunkt im direkten Pflegehandeln sind die Absolventen primärqualifizierender Pflegestudiengänge deutlich von Absolventen im Bereich Pflegemanagement oder Pflegepädagogik zu unterscheiden. Aufgrund ihrer wissenschaftlichen Befähigung sieht der Gesetzgeber für hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen zudem eine besondere Eignung für die Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse, für Tätigkeiten im Bereich der Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung (u. a. durch die Mitwirkung bei der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten und Expertenstandards) vor. Durch einen stärkeren Theorie-Praxis-Transfer bringen sie neue Pflegekonzepte (z. B. Konzepte zur Ressourcenstärkung) sowie Wissen im Bereich technischer Neuerungen (z. B. E-Health) in die Pflegepraxis ein (§ 37 Abs. 3 PflBG).

Obwohl die hochschulische Erstausbildung in vielen Ländern schon etabliert ist, stellt die Rollenbeschreibung bspw. in den USA, Großbritannien und den Niederlanden nach wie vor

⁷⁵ Koch 2012; Matthias 2015.

eine nicht zu unterschätzende Herausforderung gerade auch zwischen den unterschiedlichen Qualifikationsniveaus dar. In den genannten Ländern wurden verschiedene Initiativen gestartet, um das Aufgabenprofil hochschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen zu schärfen.⁷⁶ Ein Beispiel für die Erarbeitung eines Tätigkeitsprofils sind die aktuellen Bemühungen in den Niederlanden im Rahmen der Offensive „Bachelor of Nursing 2020“.

Kompetenzbereiche hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen in den Niederlanden

In den Niederlanden haben die 17 Hochschulen des Landes im Rahmen der Qualifizierungsoffensive „Bachelor of Nursing 2020“ ein umfassendes Berufsprofil für hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen entwickelt. Basierend auf dem kanadischen System CanMEDS⁷⁷ wurden sieben Rollen bzw. Kompetenzbereiche für hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen definiert, die zur Illustration in der nachfolgenden Tabelle überblicksartig abgebildet sind.⁷⁸

TABELLE 2: Beispiel Niederlande: Kompetenzbereiche hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen

Direktes Pflegehandeln

Ermittlung des Pflegebedarfs (Art, Dauer, Umfang und Zweck) für physische, psychische, funktionelle und soziale Fragen unter Berücksichtigung diagnostizierter Probleme und Bedarfe. Selbstständige Durchführung aller Pflegemaßnahmen, die in komplexen Pflegesituationen auftreten, auf Grundlage evidenzbasierter Praxis. Kontinuierlicher Prozess der Datenerhebung und -analyse zum Zwecke der Entscheidung über geeignete Pflegeergebnisse und -maßnahmen. Unterstützung der Pflegebedürftigen, ihre Fähigkeit zur Selbstverwaltung in ihrem sozialen Kontext zu stärken.

Gelingende Kommunikation

Persönliche und professionelle Kommunikation mit dem Pflegebedürftigen. Zusammenarbeit nach dem Prinzip der Mitentscheidung. Kontakt mit dem Pflegebedürftigen, seinen Angehörigen und dem sozialen Netzwerk.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Zusammenarbeit mit anderen Akteuren inner- und außerhalb der eigenen Organisation, um die kontinuierliche Beteiligung der erforderlichen Leistungserbringer an der Versorgung des Pflegebedürftigen zu gewährleisten.

Evidenzbasiertes Handeln

Kritische und reflektierende Haltung in Pflegesituationen und bei pflegerischen und organisatorischen Fragen. Stärkung einer evidenzbasierten Pflegepraxis. Aktive Suche, Entwicklung und Weitergabe von Wissen und neuen Wissensformen.

Prävention / Gesundheitsförderung

Einsatz geeigneter Präventionsmethoden, die sich auch auf die Förderung der Selbstverwaltung des Pflegebedürftigen und die Einbindung seines sozialen Umfeldes konzentrieren.

Organisation / Koordination

Initiative bei Planung und Koordination der Pflege in Zusammenarbeit mit dem Pflegebedürftigen und in Abstimmung zwischen den verschiedenen Leistungserbringern.

Professions- / Qualitätsentwicklung

Methodische und kritische Überwachung, Umsetzung und Sicherung der Qualität der Pflege. Beitrag zur Entwicklung der Pflegeprofession aus historischer, institutioneller und sozialer Sicht.

Quelle: Hanzehogeschool Groningen 2018, eigene Übersetzung Prognos

⁷⁶ Willis Commission 2012.

⁷⁷ Canadian Medical Education Directions for Specialists.

⁷⁸ Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde 2015; Hanzehogeschool Groningen 2018.

3.2.3 Ausbau der Pflegeerausbildung an den Hochschulen und Integration in der Pflegepraxis

Der bundeseinheitliche Rahmen für die primärqualifizierenden Studiengänge wird durch §§ 37 und 38 des Pflegeberufgesetzes (PflBG) sowie durch §§ 30 ff. der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) und deren Anlage 5 vorgegeben. Damit hat der Gesetzgeber rechtliche Grundlagen für die Konzeption von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen geschaffen, die die Hochschulen für die Durchführung der theoretischen und praktischen Ausbildungsteile sowie für die Koordination und Begleitung der praktischen Einsätze vorsehen. Bislang erfolgte die Koordination und Durchführung der Pflegestudiengänge meist in Kooperation mit Pflegeschulen.⁷⁹ Dies hat aber auch zur Folge, dass es keinen Träger der praktischen Ausbildung gibt und somit keinen Ausbildungsvertrag (§ 38 Abs. 4 PflBG). Die Studierenden müssen Praktika als Studienleistung absolvieren, wobei die Praxiseinsätze in Umfang und Struktur der beruflichen Ausbildung entsprechen (§ 30 PflAPrV). Anders als die beruflichen Auszubildenden erhalten sie keine Ausbildungsvergütung.

Bisher sind die bestehenden primärqualifizierenden Studiengänge selten an Universitäten und überwiegend an Fachhochschulen angesiedelt. Nur wenige universitäre Studiengänge sind darüber hinaus an einer medizinischen Fakultät angegliedert.⁸⁰ Auch der Wissenschaftsrat empfahl bereits 2012 einen stärkeren Ausbau von Studiengängen an Universitäten in Anbindung an medizinische Fakultäten bzw. eine stärkere Kooperation mit Universitäten und medizinischen Fakultäten.⁸¹ Insbesondere die Anforderungszunahme und der Bedarf an medizinisch-pflegerischen Kompetenzen legen nahe, dass auch der Ausbau der hochschulischen Erstausbildung an Universitäten voranzutreiben ist. Auch in einer Befragung von Pflegekräften wurde der Bedarf an mehr medizinischen Kompetenzen in den Pflegeeinrichtungen hervorgehoben: Vor dem Hintergrund der sich verändernden Bewohnerstruktur sollte nach Aussage der Befragten die Ausbildung insbesondere mehr medizinische Kompetenzen vermitteln (71 Prozent).⁸²

Das Vorhaben, vermehrt hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen an den Hochschulen auszubilden, hängt nicht zuletzt an der Frage, ob sich junge Menschen für die hochschulische Ausbildung interessieren und wie eine gelingende Integration in die Praxis erfolgen kann. Grundsätzlich wird die Frage aufgeworfen, ob hochschulische Qualifizierungsangebote in der Pflege in Deutschland für Schulabgänger im Vergleich zur beruflichen Pflegeausbildung attraktiv genug sind. Gründe hierfür sind die wesentlich längere Ausbildungsdauer, die im Vergleich zur beruflichen Ausbildung wesentlich höheren Ausbildungskosten und Unklarheiten dahingehend, ob sich die hochschulische Ausbildung finanziell rentiert.

Erfahrungen aus den Niederlanden zeigen, dass es gelingen kann, neben der beruflichen Ausbildung ein attraktives Angebot an hochschulischen Qualifizierungsangeboten zu etablieren: Der Anteil hochschulischer Absolventen an allen Absolventen des Ausbildungsjahrgangs 2016/17 lag bei 44 Prozent. Zudem hat sich die Sorge nicht bewahrheitet, dass die Mehrzahl der Absolventen hochschulischer Qualifizierungsangebote eine Tätigkeit außerhalb der direkten Pflege bzw. nicht in der Langzeitpflege präferiert. Die Absolventen stehen in den Niederlanden nach ihrem Abschluss mehrheitlich als Arbeitskräfte in der direkten

⁷⁹ Müller et al. 2016.

⁸⁰ Datenbank Akkreditierungsrat: <https://www.akkreditierungsrat.de>.

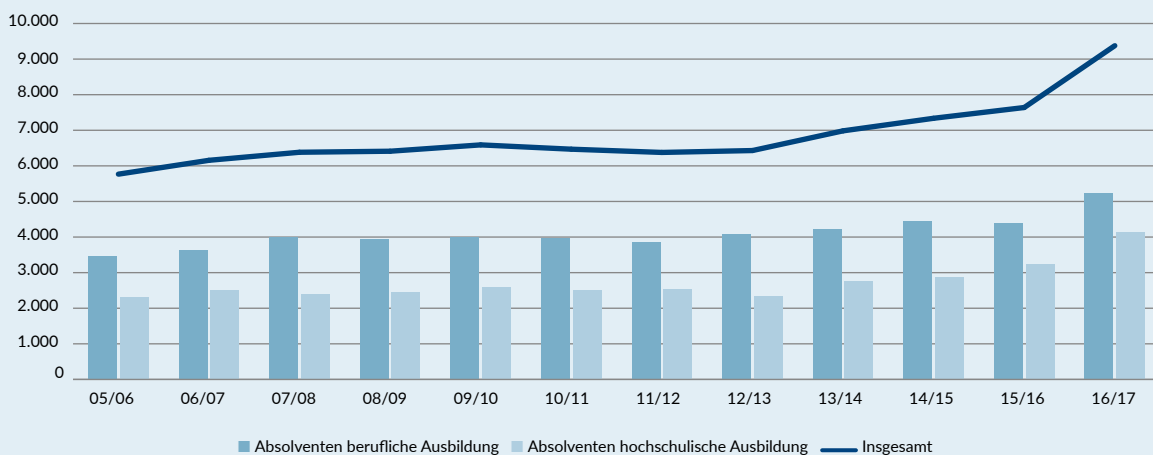
⁸¹ Wissenschaftsrat 2012.

⁸² Vincentz Network und cogitaris 2018.

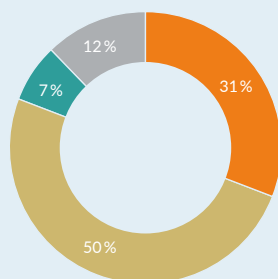
Pflege zur Verfügung. Die Hälfte der beruflich qualifizierten Absolventen wurde nach ihrem Abschluss in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege tätig (52 Prozent), von den hochschulischen Absolventen nahmen immerhin 28 Prozent eine Tätigkeit in einer stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtung der Langzeitpflege auf (Abbildung 7).⁸³ Insgesamt hat sich der Anteil aller Absolventen, die eine Tätigkeit in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege entschieden haben, in den letzten Jahren deutlich erhöht. Während nur 20 Prozent des gesamten Ausbildungsjahrgangs 2005/06 eine Tätigkeit in einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung der Langzeitpflege begonnen hatten, waren es zehn Jahre später rund 40 Prozent der Absolventen des Ausbildungsjahres 2015/16 und somit ebenso viele wie im Krankenhaus.

Mittlerweile liegen auch erste Ergebnisse aus Deutschland zum Verbleib der Absolventen der primärqualifizierenden Modellstudiengänge vor, die im Gesundheitssektor tätig sind.⁸⁴ Eine Befragung von Absolventen (n=228) der Jahre 2009 bis 2016 zeigt, dass etwa 80 Prozent in

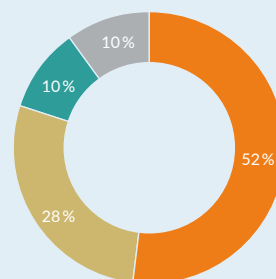
ABBILDUNG 7: Beispiel Niederlande: Absolventenzahlen der beruflichen und hochschulischen Ausbildung 2005/06 bis 2016/17 und Arbeitsumfeld beruflicher und hochschulischer Absolventen 2015/16



Arbeitsfelder beruflicher Absolventen 2015 /2016
(n = 4.361)



Arbeitsfelder hochschulischer Absolventen 2015/2016
(n = 3.236)



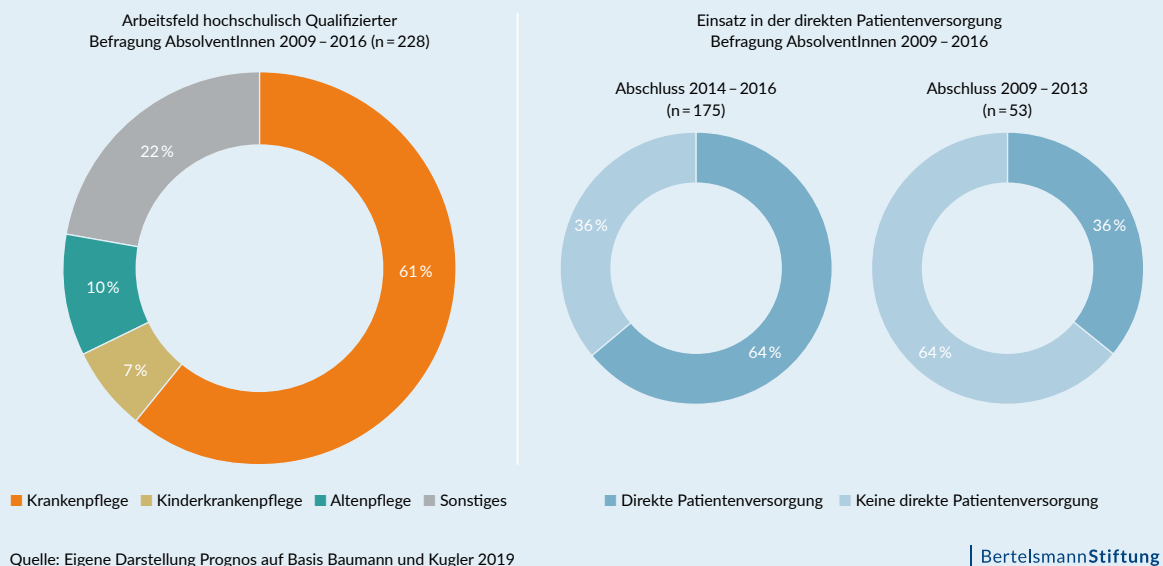
Quelle: Eigene Darstellung Prognos auf Basis CBS 2018

| BertelsmannStiftung

⁸³ CBS 2018.

⁸⁴ Baumann und Kugler 2019.

ABBILDUNG 8: Arbeitsfelder hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen im Gesundheitssektor in Deutschland



einer Pflegeeinrichtung arbeiteten (Abbildung 8).⁸⁵ Die Mehrheit war im Bereich Kranken- und Kinderkrankenpflege tätig (67 Prozent), zehn Prozent arbeiten in einer Einrichtung der Altenpflege. Während die Absolventen (n=175), die 2014 oder später ihren Abschluss gemacht haben, zu 64 Prozent in der direkten Patientenversorgung beschäftigt sind, traf dies zum Zeitpunkt der Untersuchung nur auf 36 Prozent der Absolventen (n = 53) der Jahre 2009 bis 2013 zu. Die Studienautorinnen führen dies darauf zurück, dass anderweitige Einrichtungen im Gesundheitssektor vermehrt attraktive Stellenangebote für die Zielgruppe geschaffen und die Beschäftigten die direkte Pflege verlassen haben, wohingegen bei den Pflegeeinrichtungen noch wenig für den Aufbau attraktiver Stellen für diese Zielgruppe getan wird.⁸⁶

Dies mag damit zusammenhängen, dass gerade in Einrichtungen der Langzeitpflege häufig Vorbehalte gegen eine „Akademisierung“ der Pflege bestehen und ein verwurzeltes Selbstverständnis einer beruflichen Qualifizierung vorherrscht. Befragungsergebnissen zufolge befürwortet rund die Hälfte der in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen beschäftigten Pflegefachpersonen die Einführung grundständiger Pflegestudiengänge (n=720, 51 Prozent).⁸⁷ Die Evaluation der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen liefert Hinweise auf Differenzen bei der Bewertung des Nutzens einer hochschulischen Erstausbildung durch beruflich und hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen: Personen mit Hochschulstudium erwähnen alltägliche Situationen im direkten Pflegehandeln, in die sie ihre Kompetenzen zielführend einbringen können. Während beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen häufig keinen direkten Nutzen durch hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen für das alltägliche Pflegehandeln sehen, sondern eher eine Aufgabenverbreiterung befürchten, z. B. Management, wissenschaftliches Arbeiten. Zudem wird seitens der Praxis kritisiert, dass hochschulisch

⁸⁵ Die Befragung von Baumann und Kugler (2019) war an Absolventen berufsqualifizierender dualer Pflegestudiengänge in Deutschland gerichtet, die zum Zeitpunkt der Befragung im Gesundheitssektor tätig waren. Von 30 angefragten Hochschulen leiteten insgesamt 14 Hochschulen die Befragung weiter. Am Ende konnten 273 Datensätze generiert werden. Die geringe Absolventenzahl muss bei der Bewertung der Ergebnisse entsprechend berücksichtigt werden.

⁸⁶ Baumann und Kugler 2019.

⁸⁷ Vincentz Network 2018.

qualifizierte Absolventen zwar in der Lage sind, kritisch Routinen und Behandlungen zu hinterfragen, diese jedoch teilweise nur bedingt selbst durchführen können.⁸⁸

Auch falsche Vorstellungen bei den Studierenden bezüglich ihrer Einsatzmöglichkeiten in der Praxis können nach Berufseintritt zu Unzufriedenheit und zu einem frühzeitigen Verlassen der Langzeitpflege führen. Die Befragungen bisheriger primärqualifizierter Hochschulabsolventen zeigt zwar, dass diese mehrheitlich nach ihrem Abschluss in der Pflegepraxis arbeiten, sich jedoch keine dauerhafte Beschäftigung in der direkten Pflege vorstellen können (n=242, 77,6 Prozent). Wobei insbesondere mangelhafte Einsatzmöglichkeiten der eigenen Qualifikation (38,5 Prozent), fehlende Aufstiegsmöglichkeiten (35,1 Prozent) sowie die Einkommenshöhe (38,8 Prozent) kritisch bewertet wurden.⁸⁹

Im Hinblick auf das Nebeneinander von beruflich und hochschulisch qualifizierten Pflegefachkräften in der Langzeitpflege ist gerade die Entlohnung ein weiteres potenzielles Konfliktthema, insbesondere aufgrund der aktuell bereits angespannten Diskussion einer angemessenen Entlohnung. In der Befragung DGB-Index-Gute-Arbeit (2012–2017) haben 78 Prozent der Pflegekräfte in der Langzeitpflege ihre Entlohnung als „gar nicht“ bzw. „in geringem Maß“ angemessen bewertet, der Anteil der Gesundheits- und Krankenpfleger lag im Vergleich bei 71 Prozent (Anteil unter allen Beschäftigten: 48 Prozent).⁹⁰ Grundsätzlich spielt die Eingruppierung gemäß Bildungsabschluss eine zentrale Rolle bei der Entlohnung von Pflegeberufen. Dazu kommen die Erfahrungs- und Entwicklungsstufen. Ein Hochschulabschluss rechtfertigt für sich noch keine höhere Eingruppierung, es sei denn, dass er für die auszuübenden Tätigkeiten erforderlich ist.⁹¹ Die Einmündung in die direkte Patientenversorgung und die Gestaltung der Entlohnung von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen wurde bei der Umstellung auf die neue tarifliche Entgeltordnung im Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) und Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) berücksichtigt und für primärqualifizierte Pflegefachpersonen mit abgeschlossener Hochschulbildung erstmalig mit Entgeltgruppe (EG) 9b eine Verortung im Tarifgefüge vorgenommen. Hierfür müssen sie eine Tätigkeit den Anforderungen der Ausbildungsziele nach § 37 Abs. 3 Satz 2 PflBG entsprechend ausführen. Auch andere Beschäftigte (z. B. mit beruflicher Ausbildung), die aufgrund gleichwertiger Fähigkeiten und Erfahrungen diese Tätigkeiten ausüben, können in EG 9b eingruppiert werden. Höhere Eingruppierungen sind entsprechend möglich, wenn die Tätigkeit besonders schwierig bzw. verantwortungsvoll ist.⁹²

Potenzielle Finanzierungswirkungen primärqualifizierender Studiengänge

Durch die Einführung primärqualifizierender Studiengänge arbeiten zukünftig verstärkt beruflich und hochschulisch qualifizierte Fachkräfte in der Langzeitpflege zusammen. Im Hinblick auf dieses Nebeneinander sollte die Höhe der Entlohnung stärker am Tätigkeitsspektrum und nicht am Grad des Abschlusses ausgerichtet werden. Die Entlohnung gemäß Leistungsspektrum bedeutet auch, dass sich die Verantwortungsübernahme für einen bestimmten fachlichen Bereich z. B. auf Basis einer erfolgten Fortbildung in einer höheren Entlohnung niederschlagen sollte. Die mit dem zweiten und dritten Pflegestärkungsgesetz geschaffenen Vergütungsmöglichkeiten sollen hierfür genutzt werden.

88 Darmann-Fink et al. 2014.

89 Baumann und Kugler 2019.

90 Institut DGB-Index-Gute-Arbeit 2018.

91 Dielmann 2013.

92 DBfK 2017.

Werden beruflich und hochschulisch qualifizierte Pflegefachkräfte bei gleichem Leistungsspektrum einheitlich entlohnt, verursacht dies per se keine zusätzlichen Personalkosten, sofern beruflich und hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen in den Einrichtungen die gleiche Funktion erfüllen. Sofern hingegen das Leistungsspektrum erweitert wird, sollte die zusätzliche fachliche Verantwortung bei der Entlohnung berücksichtigt werden. Die Anpassung der Entlohnung an das gestiegene Qualifikationsniveau könnte bspw. durch eine – Eingruppierung in eine höhere Entgeltgruppe (z. B. EG 9b) erfolgen.

Die nachfolgend dargestellten stilisierten Berechnungen haben das Ziel, die zusätzlichen Personalkosten, die sich durch das anspruchsvollere Leistungsspektrum bei beruflich weitergebildeten und hochschulisch qualifizierten Fachkräften ergeben würden, zu simulieren. Die Entlohnung in der Pflege ist u. a. abhängig von der Trägerschaft (öffentlich-rechtlich, freigemeinnützig, privat) und der Tarifbindung sowie regionalen Unterschieden. Die Bundesregierung hat sich in ihrem Koalitionsvertrag die flächendeckende Realisierung von Tarifverträgen zum Ziel gesetzt. Da dieses Ziel nicht erreicht und ein einheitlicher Tarifvertrag nicht verfügbar ist, orientieren sich die hier vorstellten Berechnungen an einem stilisierten Tarifwerk. Die Bezeichnungen der Entgeltgruppen folgen dem TVöD, werden aber bspw. auch im Tarif des Deutschen Roten Kreuzes oder der Caritas angewendet.

Personen ohne Berufsabschluss in der Altenpflege werden demnach in EG P4/5 eingruppiert, Helfer mit einjähriger Ausbildung in EG P6 und Fachkräfte mit dreijähriger Ausbildung werden gemäß EG P7 entlohnt. Gemäß Pflegestatistik lassen sich im aktuellen „Personalmix“ 15 Prozent der Beschäftigten in EG P4/5 verorten, 38 Prozent in der EG P6 und 47 Prozent in EG P7. Die Entlohnung in den Entgeltgruppen und auf den jeweiligen Stufen ist in der nachfolgenden Tabelle 3 in Euro je Monat ausgewiesen. Dabei handelt es sich um gerundete Bruttoentgelte, die sich an den aktuell verfügbaren Tarifwerken orientieren (Konzertierte Aktion Pflege 2019).⁹³ Demnach verdienen Personen ohne beruflichen Abschluss zum Einstieg (Stufe 1) rund 2.200 Euro, Personen mit einjähriger Ausbildung 2.300 Euro und Fachkräfte mit dreijähriger Ausbildung 2.800 Euro.

Sofern die Entlohnung nach Leistungsspektrum innerhalb der aktuellen Entgeltgruppen erfolgt, ergeben sich keine finanziellen Konsequenzen. Sofern eine höhere Qualifikation erreicht wird, wird die Einführung einer zusätzlichen (höheren) Entgeltgruppe relevant. Diese soll die längere Aus- bzw. Weiterbildungszeit würdigen und dem Pflegepersonal entsprechende Anreize bieten, sich weiterzuqualifizieren. In der Tabelle ist eine solche Zusatzstufe als „EG 9b“ angenommen, die zehn Prozent oberhalb der EG P7 angesiedelt ist.

TABELLE 3: Entlohnungsstruktur in der Pflege nach stilisierten Entgeltgruppen und -stufen

Entgeltgruppe	Anteil „Status quo“ (am gesamten Personal)	Anteil „Variante“ (am gesamten Personal)	Stufe 1 (Einstieg)	Stufe 3 (nach 5 Jahren)	Stufe 5 (nach 10 Jahren)
9b		23,5 %	3.100 Euro	3.200 Euro	3.600 Euro
P7	47 %	23,5 %	2.800 Euro	2.900 Euro	3.300 Euro
P6	38 %	38 %	2.300 Euro	2.600 Euro	3.000 Euro
P4/5	15 %	15 %	2.200 Euro	2.400 Euro	2.500 Euro

Quelle: Eigene Darstellung Prognos

93 BMG 2019a.

Um den potenziellen Effekt auf die Personalkosten möglichst deutlich zu machen, ist angenommen, dass die neue Entgeltgruppe von der Hälfte aller aktuellen Fachkräfte genutzt wird. Demnach würden in der Variante 23,5 Prozent der Fachkräfte besser bezahlt. Der Effekt auf die Personalkosten liegt in diesem Fall rechnerisch bei etwa 2,7 Prozent bzw. rund einer Milliarde Euro pro Jahr. Tatsächlich dürfte die Weiterqualifizierung in deutlich geringerem Maße stattfinden und sich zudem „über die Jahre“ fortlaufend entwickeln. In diesem Fall sind die Effekte entsprechend geringer.

3.2.4 Zusammenfassung und Empfehlungen

Während hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen in Deutschland bislang nur eine marginale Rolle spielen, sind sie in anderen Ländern aus der direkten Versorgung in Einrichtungen der Langzeitpflege nicht mehr wegzudenken. Gerade im Hinblick auf komplexer werdende Versorgungsbedarfe ist eine Ausdifferenzierung des Qualifikationsmixes maßgeblich, um auf die steigenden Anforderungen an die Versorgung und damit an die Beschäftigten in der Pflege zu reagieren. Durch den stärkeren Wissenschaftsbezug der hochschulischen Ausbildung erweitern sich die Möglichkeiten und Konzepte für Diagnose, Pflegehandeln, Prävention und Rehabilitation in der direkten Pflege, aber auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Zudem könnte dieser Ausbildungsweg, z. B. für Abiturienten, attraktiver sein als die berufliche Ausbildung und somit gerade in Zeiten knapper Personalressourcen eine weitere Zielgruppe stärker in den Blick genommen werden.

Hochschulische Pflegefachpersonen sollen, wie ihre beruflich ausgebildeten Kollegen auch, selbstständig Pflegemaßnahmen durchführen. Dabei folgen sie jedoch stärker einem wissenschaftlichen und evidenzbasierten Vorgehen. Sie sollen sich dadurch insbesondere bei der Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse sowie bei der Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung in den Einrichtungen einbringen. Die Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass die Erstellung eines Tätigkeitsprofils ein wichtiger Schritt für das Nebeneinander unterschiedlicher primärqualifizierender Ausbildungen ist. Dies sollte auch in Deutschland entsprechend angegangen werden und die Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der beruflich und hochschulisch ausgebildeten Fachkräfte in der Langzeitpflege sollten hinreichend beschrieben bzw. abgegrenzt werden. Es sollte dabei nicht darum gehen, neue Aufgaben für hochschulische Pflegefachpersonen zu schaffen, sondern darum, die bestehenden Aufgaben besser zu lösen. Die Rolle der hochschulischen Pflegefachpersonen könnte dabei stärker in Richtung der Versorgungssteuerung entwickelt werden. Dies umfasst auch die Supervision und Begleitung vermehrt eingesetzter Assistenz- und Hilfskräfte.⁹⁴

Eine wirkungsvolle Stärkung hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen setzt den systematischen Aus- und Aufbau von grundständigen Pflegestudiengängen an den Hochschulen voraus. Der Ausbau sollte dabei auch an Universitäten vorangetrieben werden, um von der Anbindung an medizinische Fakultäten zu profitieren. Gleichzeitig ist dafür Sorge zu tragen, dass in den Pflegeeinrichtungen entsprechende Arbeitsstellen für die Absolventen bestehen, d. h. die Pflegeeinrichtungen das Potenzial dieser Zielgruppe erkennen und nutzen. Grundsätzlich liegen die Herstellung und Förderung von Akzeptanz für die Integration hochschulischer Absolventen in den Händen der Einrichtungen.⁹⁵ Informations-

⁹⁴ Siehe Kapitel 2.4.

⁹⁵ Damschroder et al 2009.

veranstaltungen, Handreichungen und die Zusammenstellung und Verbreitung von Best-Practice-Beispielen können zu einer verbreiteten Sensibilisierung der Einrichtungen beitragen.

3.3 Etablierung von Advanced Practice Nurses in Pflegeheimen

3.3.1 Ausgangssituation

Die Bewohnerstruktur der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in Deutschland hat sich in den vergangenen Jahrzehnten deutlich gewandelt. Die steigenden Anteile an Bewohnern mit demenziellen, chronischen und/oder mehrfachen Erkrankungen und die sinkenden Verweildauern sowie die damit verbundene Bedarfskumulation haben die Anforderungen insbesondere an die psychosoziale-gerontopsychiatrische, medizinisch-pflegerische und palliative Versorgung der Bewohner in hohem Maße erhöht. Wie diverse Untersuchungen der Versorgungsqualität der stationären Langzeitpflege in Deutschland zeigen, konnten die gestiegenen Anforderungen in der Vergangenheit nicht immer erfüllt werden.⁹⁶ Mitursächlich für die festgestellten Qualitätsdefizite dürften dabei auch die in den vergangenen Jahren zu beobachtenden Dequalifizierungsprozesse in den Einrichtungen gewesen sein.⁹⁷

Angesichts der demographischen und epidemiologischen Entwicklungen ist davon auszugehen, dass sich der beschriebene Wandel der Bewohnerstruktur in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen zukünftig fortsetzen wird. Dies wirft die Frage auf, wie die damit verbundene Anforderungszunahme vor dem Hintergrund des anhaltenden Fachkräftemangels bewältigt werden kann. Daneben stellt sich angesichts bereits heute bestehender Defizite bei der fach-, gebietsweise auch hausärztlichen Versorgung in Pflegeheimen und der diesbezüglichen interprofessionellen Zusammenarbeit⁹⁸ die Frage, wie die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern zukünftig sichergestellt werden kann.

3.3.2 APN-Praxis im internationalen Kontext

Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass die Erweiterung des Qualifikationsmixes um hoch qualifizierte Pflegefachpersonen, sogenannte *Advanced Practice Nurses*, zur Gewährleistung einer guten Versorgungsqualität in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen beitragen kann. Unter dem Begriff *Advanced Practice Nurse* (APN) werden pflegerische Berufsbilder subsumiert, die über das historische Verständnis des Pflegeberufs bzw. pflegerischer Tätigkeiten hinausgehen.⁹⁹ Dem International Council of Nurses (ICN) zufolge ist eine APN eine „Pflegefachperson, welche Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis erworben hat, wobei die Ausprägungen der Kompetenzen vom jeweiligen Kontext und/oder Land, in welchem sie für die Ausübung ihres Berufs zugelassen ist, geprägt werden. Ein Masterabschluss wird als Einstiegsniveau empfohlen.“¹⁰⁰

⁹⁶ a. a. O.

⁹⁷ Siehe Kapitel 1.1 und 1.2.

⁹⁸ Bspw. Laag, Müller und Mruck 2014; Bussche et al. 2009.

⁹⁹ Schwinger 2016.

¹⁰⁰ ICN 2008, S. 7 eigene Übersetzung.

APN-Rollen können sowohl das Ergebnis einer Aufgabenübertragung (*Task Shifting*) als auch das Ergebnis einer Aufgabenergänzung (*Task Supplementation*) sein. Bei einer Aufgabenübertragung übernehmen entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen Aufgaben, die üblicherweise von Ärzten erledigt werden, bei einer Aufgabenergänzung werden neue Aufgaben (z. B. Case Management) wahrgenommen.¹⁰¹ Es existiert eine Vielzahl an APN-Rollen. Gemeinsam ist den bestehenden Rollen, dass sie klinische Praxis mit Verantwortlichkeiten für Bildung, Führung, Professionsentwicklung, Evidenzbasierung und Forschung integrieren.¹⁰² Die beiden häufigsten APN-Rollen sind die des *Nurse Practitioner* (NP) und die des *Clinical Nurse Specialist* (CNS). Die konkrete Ausgestaltung beider Rollen variiert in Abhängigkeit des jeweiligen Kontexts, tendenziell lässt sich jedoch feststellen, dass CNS' häufiger für nicht klinische Aufgaben wie Bildung und Qualitätssicherung verantwortlich sind, während NPs häufiger in der klinischen Praxis tätig sind.¹⁰³

In der internationalen Literatur besteht dahingehend Einigkeit, dass eine Tätigkeit als APN eine Ausbildung auf Masterniveau voraussetzt.¹⁰⁴ Die tatsächlichen Ausbildungsstandards variieren von Land zu Land, teilweise auch innerhalb von Ländern. In den meisten Ländern ist die Qualifizierung im Rahmen eines Aufbaustudiums (z. B. Masterstudium) empfohlen oder Voraussetzung. In Australien, Kanada, Irland, Holland, Neuseeland und den USA ist die Qualifizierung im Rahmen eines Aufbaustudiums obligatorisch. Die Ausbildungsinhalte umfassen dabei Kurse zur fortgeschrittenen Pathophysiologie, Pharmakologie und zum Assessment.¹⁰⁵

TABELLE 4: APN-Ausbildungen und erweiterte Praxis in der Primärversorgung, ausgewählte OECD-/EU-Länder, 2015

	Länder	NP-/APN-Ausbildung	Erweiterte klinische Praxis (in der Primärversorgung), gemessen am zulässigen Tätigkeitsbereich
Etablierte NP-/APN-Praxis NPs/APNs arbeiten auf hohem Niveau der erweiterten klinischen Praxis	Australien, Finnland, Großbritannien, Irland, Kanada, Neuseeland, Niederlande, USA	✓	Autorisiert zur Ausübung aller nachfolgenden klinischen Tätigkeiten: • Verschreibung von Medikamenten • Medizinische Diagnostik & Gesundheitsassessment • Anordnung medizinischer Tests & Untersuchungen • Behandlungsentscheidungen • Zuständigkeit für Gruppe von Patienten • Überweisung von Patienten • Erstkontakt
Entstehende NP-/APN-Praxis (Wenige) NP-/APN-Ausbildungsprogramme bestehen, die Praxis befindet sich jedoch nicht auf erweitertem klinischem Niveau	Belgien, Deutschland, Frankreich, Island, Israel, Kroatien, Litauen, Norwegen, Österreich, Spanien, Schweden, Schweiz, Zypern	(✓) in Entwicklung	Niedrigeres Niveau der erweiterten klinischen Praxis; autorisiert zur Ausübung einer begrenzten Zahl an klinischen Aktivitäten, zumeist unter ärztlicher Aufsicht

Quelle: Maier, Aiken und Busse 2017, eigene Übersetzung Prognos

101 Maier, Aiken und Busse 2017.

102 Bryant-Lukosius und DiCenso 2004; Mantzoukas und Watkinson 2007; Dowling et al. 2013.

103 Bryant-Lukosius und Martin-Misener 2016.

104 Schaeffer 2017.

105 Maier, Aiken und Busse 2017.

APNs sind bisher vor allem im Bereich der Primärversorgung tätig. Hintergrund für ihre Einführung waren häufig Versorgungsengpässe, aber auch Kostengründe.¹⁰⁶ Die ersten APN-Modelle wurden in den 1960er Jahren in den USA und Kanada etabliert. Ihrem Vorbild folgten ab den 1990er Jahren weitere Länder, darunter Großbritannien, Neuseeland, Australien, Holland, Schweden und Finnland.¹⁰⁷ In diesen Ländern hat sich die erweiterte Pflegepraxis mittlerweile fest etabliert. Die APNs sind dort zur Ausübung einer Vielzahl klinischer Tätigkeiten befugt (Tabelle 4), wobei sich der Grad ihrer Autonomie von Land zu Land unterscheiden kann. In einer Reihe weiterer Länder befindet sich die Entwicklung einer APN-Praxis in einem Frühstadium. In diesen Ländern werden APN-Ausbildungsprogramme aufgebaut und die erweiterte klinische Praxis im Rahmen von Projekten erprobt.¹⁰⁸

Kompetenzen und Rollen von APNs in der stationären Langzeitpflege

Auch in der stationären Langzeitpflege gewinnen APNs angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels und der komplexer werdenden Versorgungsbedarfe zunehmend an Bedeutung. In Nordamerika sind APNs bereits seit mehreren Jahrzehnten in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen tätig, ihre Zahl ist bisher jedoch nach wie vor vergleichsweise gering.¹⁰⁹ Beispielsweise waren in den USA im Jahr 2018 von den rund 248.000 Nurse Practitioners lediglich etwa 4.500 im Bereich Gerontologie zertifiziert.¹¹⁰

Nurse Practitioners in der stationären Langzeitpflege

Ein Nurse Practitioner (NP) wird definiert als Pflegefachperson mit einer zusätzlichen graduerten oder postgraduierten Ausbildung und klinischer Praxiserfahrung. Im Rahmen der Ausbildung eignen sich angehende NPs sowohl pflegetheoretisches Wissen als auch medizinische Fähigkeiten an. Nach erfolgreichem Abschluss ihrer Ausbildung verfügen sie über das Wissen und die Fähigkeiten, eigenständig zu diagnostizieren, diagnostische Tests zu veranlassen und zu interpretieren, Medikamente und Behandlungen zu verschreiben und im Rahmen ihres gesetzlich vorgegebenen Rahmens bestimmte Eingriffe durchzuführen.¹¹¹ In stationären Langzeitpflegeeinrichtungen beinhaltet die Rolle der NPs vor allem die Erbringung pflegerischer Leistungen mit Fokus auf die Gesundheitsförderung sowie die Behandlung und das Management von geläufigen akuten und chronischen Erkrankungen.¹¹²

APNs können unterschiedliche Rollen bzw. Kombinationen von Rollen in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen einnehmen. Charakteristisch sind Verantwortlichkeiten in der Primär- und Akutversorgung (z. B. Management chronischer Erkrankungen) sowie in der Edukation und Beratung von Bewohnern, Angehörigen und Pflegern. Daneben können APNs aufgrund ihrer Qualifikation bei der Initiierung von institutionellen Veränderungen, bspw. im Bereich des Qualitätsmanagements, eine wichtige Rolle spielen.¹¹³

106 Delamaire und Lafortune 2010.

107 Sheer und Wong 2011; Delmaire und Lafortune 2010.

108 Maier, Aiken und Busse 2017.

109 Donald et al. 2013.

110 American Association of Nurse Practitioners 2019; United States Department of Labor, Bureau of Labor Statistics 2019.

111 Canadian Nurse Association 2016.

112 Donald et al. 2013.

113 Bakerjian 2008.

TABELLE 5: Rollen und Verantwortlichkeiten von NPs in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in Ontario / Kanada

Direkte Pflege (70 %)

1. Umfassende Primärversorgung der Bewohner als Teil eines interdisziplinären Teams
2. Zusammenarbeit, Beratung und Überweisung zur verbesserten Kontinuität der Pflege:
 - a. Zusammenarbeit und Beratung mit Ärzten, Pflegedienstleitung, Pflegepersonal, interdisziplinären Teammitgliedern und externen Akteuren im Hinblick auf die Pflegeplanung der Bewohner
 - b. Unterstützung, Lenkung und Beratung von Pflegedienstleitung, Pflegepersonal und interdisziplinären Teammitgliedern bei herausfordernden klinischen Situationen
 - c. Überweisung an spezialisierte Berater, Dienste und andere Gesundheitsdienste
3. Durchführung personenzentrierter Gesundheits-Assessments (bei Einzug, jährlich, bei Bedarf)
4. Personenzentrierte Erhebung von Gesundheitshistorien
5. Regelmäßiger Austausch mit den Bewohnern über ihre Pflegeplanung
6. Teilnahme an regelmäßigen Pflegekonferenzen
7. Anordnung und/oder Durchführung geeigneter Screening- und Diagnoseuntersuchungen, Interpretation der Ergebnisse und Übernahme der Verantwortung für die Nachsorge
8. Diagnose akuter und chronischer Erkrankungen
9. Durchführung pharmakologischer, komplementärer und / oder beratender Interventionen sowie Durchführung von Verfahren, welche innerhalb des NP-Tätigkeitsbereichs liegen
10. Fürsprache und Durchführung von palliativer Pflege
11. Dokumentation von klinischen Daten, Untersuchungsergebnissen, Diagnosen, Pflegeplänen, therapeutischen Interventionen, Bewohnerreaktionen und klinischen Begründungen
12. Nutzung von Kommunikations- und Beratungsfähigkeiten
 - a. Eruiierung der Präferenzen der Bewohner im Hinblick auf ihre Gesundheit und Lebensqualität
 - b. Personenzentrierte Gesundheitsaufklärung
13. Entwicklung einer personenzentrierten Pflegeplanung gemeinsam mit den Bewohnern
14. Übergangsweise Unterstützung ausgezogener Bewohner
15. Zusammenarbeit mit dem Entlassmanagement bei hospitalisierten Bewohnern
16. Teilnahme an der Abdeckung von Feierabendzeiten und Rufbereitschaft

Forschung, Bildung, Führung (30%)

1. Mitwirkung an der Schaffung einer organisatorischen Umgebung, die förderlich für die Sicherheit und die Pflege- und Lebensqualität der Bewohner, die kollaborative Praxis und die professionelle Weiterentwicklung ist
2. Teilnahme an internen und externen Gremien (z. B. Qualitätsgremium)
3. Identifizierung, Entwicklung und Durchführung von Praxisinnovationen in Zusammenarbeit mit der Pflegeheimleitung
4. Führung und Einbeziehung eines interdisziplinären Teams in Initiativen zur Qualitätsverbesserung
5. Entwicklung und Umsetzung von Strategien für die optimale Integration von Maßnahmen zur Prävention von Krankheiten und Verletzungen, Gesundheitsförderung und Rehabilitation
6. Partizipation an der Programmplanung der Pflegeheimleitung zur Sicherstellung der bedürfnisgerechten Versorgung der verschiedenen Bewohnergruppen
7. Lehre und Coaching
 - a. Lehre und Coaching (formell, informell) interdisziplinärer Teammitglieder im Hinblick auf das Management klinischer Pflege; Mitwirkung an der Leistungsbeurteilung des Pflegefachpersonals
 - b. Mitwirkung an Identifikation, Analyse und Interpretation der Entwicklung der Pflegeergebnisse und der professionellen Pflegepraxis zur Bestimmung von Prioritäten im Hinblick auf die Bildungsplanung
 - c. Mitwirkung an der Planung, Durchführung und Evaluation von Lernmitteln und Gesundheitsbildungsprogrammen für Bewohner, Familien und andere Entscheidungsträger
 - d. Förderung des Wissensaufbaus beim Pflegepersonal durch die Integration von Best Practices in die Pflege
8. Forschung
 - a. Kritische Beurteilung und Anwendung relevanter Forschung und Theorie bei der Erbringung von Gesundheitsdiensten
 - b. Identifikation und Umsetzung von forschungsbasierten Innovationen zur Verbesserung der Pflege der Bewohner
 - c. Zusammenarbeit mit Mitgliedern des interdisziplinären Teams etc. zur Identifikation von Forschungsmöglichkeiten und zur Durchführung und/oder Unterstützung von Forschung
 - d. Handeln als Change Agent durch die Übersetzung und Verbreitung von Wissen (z. B. in Form von Präsentationen, Publikationen, informeller Diskussionen und der Entwicklung von Best Practices und Verfahren)

Quelle: Ministry of Health and Long-Term Care 2017

NP-Rollen in der kanadischen Provinz Ontario

In der kanadischen Provinz Ontario werden NPs mit wachsender Tendenz in Pflegeheimen eingesetzt. Die Provinzregierung begann bereits im Jahr 2000 mit der Förderung von NPs in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen. In den vergangenen drei Jahren förderte das Ministerium für Gesundheit und Langzeitpflege erneut 75 diesbezügliche Vollzeitstellen. Die NPs sollen u. a. die Kontinuität der Pflege, das Qualitätsmanagement, die Evidenzbasierung der Praxis, den Kenntnisstand des Pflegepersonals sowie die Koordination und Kooperation zwischen den involvierten Akteuren verbessern. Ihre Verantwortlichkeiten umfassen die Durchführung proaktiver Screenings und Assessments, die frühzeitige Überweisung an Spezialisten, die Nachsorge, das Management chronischer Erkrankungen und die Versorgung am Lebensende. Für die direkte Pflege und Versorgung der Bewohner sind 70 Prozent, für Bildungs-, Qualitätsverbesserungs-, Forschungs- und Führungsaktivitäten 30 Prozent des Stellenumfangs vorgesehen (Tabelle 5).

Wirksamkeit

Im Hinblick auf die Qualität der Primärversorgung zeigt mittlerweile eine Vielzahl an internationalen Studien, dass diese bei adäquat ausgebildeten Advanced Practice Nurses (APNs) mindestens so gut ist wie bei Allgemeinmedizinerinnen / Ärzten, wobei die Patientenzufriedenheit bei der Versorgung durch APNs tendenziell höher ist. Die bisher vorliegenden Befunde zu den Kosteneffekten von APNs in der Primärversorgung sind hingegen uneindeutig. Relevante diesbezügliche Faktoren sind grundsätzlich die Produktivitäts- und Vergütungsunterschiede zwischen APNs und Ärzten. Dabei zeigt sich, dass APNs ihren Patienten tendenziell mehr Zeit widmen als Ärzte, wobei ihre Entgelte im Durchschnitt geringer sind als die der Ärzte.¹¹⁴

Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass APNs die Qualität der stationären Langzeitversorgung verbessern. Donald et al. (2013) stellen auf Basis einer umfangreichen Literaturrecherche fest, dass bisher zwar nur wenige Prospektivstudien mit Vergleichsgruppen durchgeführt wurden, um die Wirksamkeit von APNs in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen festzustellen, dass die vorhandenen Studien jedoch zeigen, dass Depressionen, Harninkontinenz, Druckgeschwüre, freiheitseinschränkende Maßnahmen und aggressives Verhalten seltener in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen auftreten, wenn dort APNs eingesetzt werden. Die untersuchten APN-Interventionen umfassten dabei die Unterstützung des Pflegepersonals bei der Anwendung evidenzbasierter Pflegeverfahren, die Schulung und fallbezogene Beratung der Pflegeteams sowie die Erbringung direkter pflegerischer Leistungen.

Bakerjian (2008) kommt ebenfalls auf Basis einer umfangreichen Literaturanalyse zu dem Schluss, dass in der stationären Langzeitpflege tätige NPs das Management chronischer Erkrankungen verbessern und den Grad der Selbstständigkeit der Bewohner erhöhen. Daneben werde der Einsatz von NPs mit reduzierten Krankenhauseinweisungen und Notaufnahmebesuchen assoziiert. Diverse Studien zeigten zudem, dass die Bewohner und ihre Familien zufriedener mit der Primärversorgung durch die NPs seien, was auch darauf zurückführbar sein könnte, dass letztere ihren Patienten und deren Angehörigen tendenziell mehr Zeit widmeten. Im Hinblick auf die Kosteneffekte des Einsatzes von NPs in Pflegeheimen hätte die Mehrzahl der untersuchten Studien keine Kostensteigerungen feststellen können.

114 Maier, Aiken und Busse 2017.

3.3.3 APN-Praxis in Deutschland

In Deutschland wird die Einführung von Advanced Practice Nurses (APNs) bzw. die Aufgabenneuverteilung im Gesundheitswesen bereits seit mehreren Jahren im Kontext von Bestrebungen, die Qualität der Versorgung zu verbessern, ihre Kosten zu senken und personelle Engpässe aufzufangen, diskutiert. Ein vorläufiges Ergebnis dieser Diskussionen ist die seit 2008 bestehende Möglichkeit, im Rahmen von Modellprojekten die selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Berufsangehörige der Kranken- und der Altenpflege zu erproben (§ 63 Abs. 3c SGB V). Eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Heilkundeübertragung liegt seit 2012 vor. Bisher gibt es jedoch lediglich ein solches Modellprojekt.¹¹⁵

Dies steht im Widerspruch zu zahlreichen Forderungen, die Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen neu zu verteilen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen forderte im Jahr 2007, dass die „Tätigkeitsübertragung von Aufgaben insbesondere auf die Pflege und eine größere Handlungsautonomie derselben [...] umgesetzt werden [muss], wenn die Versorgung verbessert werden soll“, wobei die „Übertragung internationaler, teilweise sehr weitreichender Modelle wie die *Advanced Nursing Practice* (z. B. *Nurse Practitioners*) [...] zu prüfen [ist]“.¹¹⁶ Im Sondergutachten 2012 wird die verstärkte Einrichtung von Masterstudiengängen gefordert, „die für qualifizierte Funktionen und Rollen in der Pflege qualifizieren (Advanced Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist)“.¹¹⁷ In seinem Gutachten 2018 kritisiert der Sachverständigenrat, dass „[d]ie durch § 63 Abs. 3c SGB V eröffnete Möglichkeit, in Modellprojekten die selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Berufsangehörige der Kranken- und Altenpflege zu erproben, [...] bisher allerdings bedauerlicherweise nahezu nicht wahrgenommen [wurde]“.¹¹⁸ Auch der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe fordert, dass „insbesondere in der stationären Langzeitpflege Pflegeexperten/innen APN erforderlich [sind], um im arztfernen Raum stationärer Pflegeeinrichtungen pflegerisch relevante Probleme wie z. B. in den Bereichen Ernährung, Immobilität, chronische Wunden und Hautpflege, Inkontinenz oder Schmerz unter Einbeziehung geltender Standards eigenverantwortlich zu regeln“.¹¹⁹

Masterstudiengänge und -absolventen mit ANP-Bezug

In Deutschland wurden in den vergangenen Jahren bereits einige konsekutive Studiengänge mit einem Bezug zur Advanced Nursing Practice (ANP) aufgebaut (Tabelle 6). Mit Ausnahme eines geplanten Studiengangs an der Universität Oldenburg sind die bestehenden Studiengänge ausschließlich an Fachhochschulen verortet, wobei sie inhaltlich erheblich voneinander variieren. Die wenigen Absolventen sind bisher vor allem in Krankenhäusern (z. B. Universitätsklinikum Freiburg, Florence-Nightingale-Krankenhaus Düsseldorf) tätig. Ihr Aufgabenspektrum umfasst insbesondere die Beratung, das Case Management und die Qualitätsentwicklung. Zur selbstständigen Ausübung erweiterter klinischer Tätigkeiten sind die Absolventen dieser Studiengänge nicht befugt.¹²⁰

¹¹⁵ In dem achtsemestrigen Bachelorstudiengang „Evidenzbasierte Pflege“ an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg erwerben die Studierenden zusätzlich heilkundliche Kompetenzen.

¹¹⁶ SVR Gesundheit 2007: 40.

¹¹⁷ SVR Gesundheit 2012: 91.

¹¹⁸ SVR Gesundheit 2018: 530.

¹¹⁹ DBfK 2019, S. 8.

¹²⁰ Maier 2019.

TABELLE 6: Masterstudiengänge mit APN-Schwerpunkt in Deutschland

Jahr	Hochschule	Studiengang	ECTS-Credits
2007	Ernst-Abbe-Hochschule Jena	Pflegewissenschaft/Pflegemanagement (M.A.)	120
2010	Frankfurt University of Applied Sciences	Pflege – Advanced Practice Nursing (M.Sc.)	120
2010	Katholische Hochschule Mainz	Klinische Expertise in Gesundheit und Pflege (M.Sc.)	120
2013	Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg	Master Pflege (M.Sc.)	90
2016	Hochschule für angewandte Wissenschaft München	Advanced Nursing Practice (berufsbegleitend) (M.Sc.)	90

Quelle: Maier 2019, eigene Recherche Prognos

3.3.4 Zusammenfassung und Empfehlungen

Angeichts der komplexer werdenden Versorgungsbedarfe, der abnehmenden Fachlichkeit und der drohenden ärztlichen Unterversorgung der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in Deutschland stellt sich die Frage, wie eine qualitativ hochwertige pflegerische und medizinische Versorgung zukünftig sichergestellt werden kann. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass die Etablierung von APN-Modellen zur Bewältigung dieser Herausforderung beitragen kann. Unter diesen Gesichtspunkten scheint die Etablierung von APN-Rollen nach internationalen Vorbildern in deutschen Pflegeheimen sinnvoll.

Das Aufgabenfeld der zu schaffenden APNs reicht von der Primär- und Akutversorgung der Bewohner bis zur Edukation und Beratung von Bewohnern, Angehörigen und Pflegern. APNs sind dabei auch im Hinblick auf die Koordination und Kooperation zwischen den in einen Fall involvierten internen und externen Akteuren von großer Bedeutung. Daneben tragen sie aufgrund ihrer interdisziplinären Ausrichtung und Orientierung an klinischen Ergebnissen zur institutionellen und professionellen Weiterentwicklung bei. Die APNs sollen im Rahmen der Primär- und Akutversorgung tätig werden und hier Aufgaben des Assessments, der Diagnose und der Therapie wahrnehmen. Dementsprechend sind vormals ärztliche Aufgaben schrittweise auf die APNs zu übertragen. Als Vorbild aus dem deutschsprachigen Raum könnte dabei der Schweizer Kanton Waadt dienen, in welchem eine solche Aufgabenübertragung in den letzten Jahren initiiert wurde.

Voraussetzung für die Umsetzung von APN-Modellen in deutschen Pflegeheimen ist die Schaffung entsprechender Qualifizierungsangebote. Da das Kompetenzprofil dieser neuen Berufsgruppe heilkundliche Kompetenzen beinhaltet, sollte ihre Ausbildung im Rahmen eines Masterstudiums auch an medizinischen bzw. perspektivisch gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten gemäß internationalem Standard erfolgen. Dieser sieht auch eine umfangreiche supervidierte Praxis vor. Ein Vorteil der Verortung der zu schaffenden Masterstudiengänge an medizinischen bzw. gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten ist dabei, dass angehende APNs und angehende Ärzte bereits im Studium im Rahmen gemeinsamer Kurse die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit einüben können. Die Curricula der Masterstudiengänge sollten sich an einem Kerncurriculum orientieren. Vor dem Hintergrund der Vielfalt an Bachelorstudiengängen, die in den vergangenen 30 Jahren im Pflegebereich entstanden sind, scheint dies für die Schaffung eines klaren Berufsprofils erforderlich. Zugangsberechtigt sollten auch beruflich qualifizierte Pflegefachpersonen ohne Bachelorabschluss sein, sofern sie bestimmte Eignungskriterien erfüllen.

Kosteneffekte der Etablierung von Advanced Practice Nurses in deutschen Pflegeheimen

Der Mangel an erweiterten pflegerischen Kompetenzen (u.a. Expertenwissen, Entscheidungsfähigkeit in komplexen Situationen, klinische Kompetenzen) führt in Deutschland insbesondere in Pflegeheimen zu Versorgungsdefiziten. Aus Sicht der befragten Experten wäre deshalb ein Aufbau diesbezüglicher Kompetenzen über die Schaffung von Expertenrollen im Sinne von APNs sinnvoll. In der internationalen Literatur besteht dabei Einigkeit dahingehend, dass APN-Rollen eine hochschulische Qualifizierung auf Masterebene verlangen.

In Kanada wurden bereits in den 1960er Jahren erste APN-Modelle eingeführt. Die Rolle der APNs wird dabei vor allem von den sogenannten *Nurse Practitioners* (NPs) wahrgenommen. Die meisten dieser NPs leben und arbeiten in der kanadischen Provinz Ontario. Ihr Wirkungsfeld umfasst vor allem die Bereiche Family Health Teams, Community Health Centres und Nurse Practitioner Led Clinics, mit wachsender Tendenz aber auch Langzeitpflegeeinrichtungen. Die Qualifizierung zum NP erfolgt meist im Rahmen eines zweijährigen, konsekutiven Masterstudiengangs, im Rahmen dessen neben pflegewissenschaftlichen Kenntnissen auch Kenntnisse aus den Bio- und Sozialwissenschaften sowie klinische Kompetenzen (z.B. für die Geriatrie) vermittelt werden.

In Kanada belief sich das Jahresgehalt von NPs in den Jahren 2017/2018 im Median auf 103.000 Kanadische Dollar. Damit lag es rund 55 Prozent über dem Median-Gehalt der Registered Nurses, die den examinierten Pflegefachkräften in Deutschland entsprechen.

Unter den Annahmen, dass erstens gegenwärtig im Durchschnitt rund 13.000 APNs in deutschen Pflegeheimen benötigt werden (dies entspricht im Durchschnitt rund einer APN je Pflegeheim) und zweitens die Löhne von APNs 50 Prozent über dem Durchschnittsentgelt von Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege liegen, resultieren Personalmehrkosten in Höhe von rund 700 Millionen Euro. Da die APNs zum Teil arztersetzend tätig werden, handelt es sich hierbei nur zu einem bestimmten Anteil um Mehrkosten. Die Kosten für die APN-Stellen wären grundsätzlich entsprechend ihres Aufgabenspektrums (auch) über die Gesetzliche Krankenversicherung zu finanzieren.

4 Fazit

Die pflegerische Langzeitversorgung in Deutschland ist in den kommenden Jahrzehnten mit vielfältigen Veränderungen konfrontiert. Im Kern dieser Veränderungen steht der demographische Wandel, der vor allem den quantitativen Versorgungsbedarf bestimmt. Gleichzeitig prägen gesellschaftliche, epidemiologische und versorgungsstrukturelle Entwicklungen das Bild. Die Sicherstellung einer hochwertigen Pflege kann nur gelingen, wenn die Rahmenbedingungen und das Personal den sich wandelnden Anforderungen gerecht werden.

Rein quantitativ ist absehbar, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland bis zum Jahr 2050 um etwa 60 Prozent zunehmen wird. Statt aktuell 3,3 Millionen Menschen werden dann über fünf Millionen Menschen auf Unterstützung angewiesen sein. Gleichzeitig werden die Personalressourcen für die Pflege im soziodemographischen Wandel immer knapper. Weniger Menschen im erwerbsfähigen Alter bedeuten ein schrumpfendes potenzielles Arbeitsangebot für die Pflege und gesellschaftliche Trends, wie abnehmende familiäre Bindungen, und eine weiter steigende Frauenerwerbstätigkeit reduzieren das informelle Pflegepotenzial.

Die vorliegende Studie verdeutlicht, dass es zahlreicher Maßnahmen bedarf, um eine qualitativ hochwertige Versorgung langfristig zu gewährleisten: Ein zentraler Aspekt ist die Frage der Entlohnung pflegerischer Tätigkeiten in Kombination mit einer möglichst passgenauen Ausbildung des Personals. Beide Aspekte sind nicht nur mit Blick auf die Versorgungsqualität ausschlaggebend, sie bestimmen auch die Attraktivität der Altenpflegeberufe und sind damit entscheidend für die Frage, ob ein drohender Personalmangel in der Pflege künftig abgewendet werden kann. Die wissenschaftliche Diskussion hebt mit Blick auf die steigenden Anforderungen zurecht die Bedeutung der Qualifikation und der zusätzlichen hochschulischen Ausbildung hervor. Allerdings ist eine „Akademisierung“ der Pflege nicht als Allheilmittel anzusehen. Vielmehr braucht die Pflege einen Qualifikationsmix, der auch die Knappheitsverhältnisse beim Arbeitsangebot berücksichtigt.

Damit müssen im Kern zwei Dimensionen betrachtet werden: Die quantitative Dimension bzw. das „Wer kann und möchte künftig in der Langzeitpflege arbeiten?“ und die qualitative Dimension bzw. die Frage, „Welche Fähigkeiten und Kompetenzen werden künftig in der Langzeitpflege gebraucht?“ Die beiden Dimensionen bringen zahlreiche Herausforderungen mit sich, die von der Anpassung des Rechtsrahmens, der Arbeitsorganisation im ambulanten und stationären Bereich über eine Weiterentwicklung des Ausbildungssystems bis hin zur Frage der Vergütungsstrukturen reichen. Die Studie zeigt anhand von ausgewählten Beispielen aus dem Ausland, dass Erfolg versprechende Modelle verfügbar sind, die auch in Deutschland zu einer effizienteren und nachhaltig hochwertigen Versorgung beitragen können.

TEIL II

Perspektiven der Pflegefinanzierung

5 Grundlagen der Pflegefinanzierung

In Deutschland werden Pflegeleistungen von der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung, Sozialleistungsträgern und den pflegebedürftigen Menschen selbst finanziert.

Die Ausgaben der *Sozialen Pflegeversicherung* (SPV) sind seit ihrer Einführung im Jahr 1995 kontinuierlich gestiegen. Nach einer anfänglichen Phase vergleichsweise langsamen Wachstums kam es in den Jahren nach 2007 zu mehreren Ausgabenschüben, die auf Leistungsanhebungen bzw. Leistungsausweitungen im Rahmen verschiedener Reformen zurückzuführen sind. Insbesondere das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PflegeWG) von 2008, das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) von 2012 und die ersten beiden Pflegestärkungsgesetze (PSG) von 2014 und 2015 haben spürbare finanzielle Konsequenzen. Im Jahr 2017 beliefen sich die Ausgaben der SPV auf rund 38,5 Milliarden Euro, während die Leistungsausgaben der *Privaten Pflegeversicherung* rund 1,3 Milliarden Euro betrugen. In Summe machten die Ausgaben der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung damit gut 1,2 Prozent des Bruttoinlandsprodukts im Jahr 2017 aus. Zur Finanzierung der steigenden Ausgaben musste der Beitragssatz der SPV in der Vergangenheit mehrmals angehoben werden. Im Jahr 1995 lag er bei 1,0 Prozent, zwischen 1996 und 2004 bei 1,7 Prozent und seit 2019 liegt er bei 3,05 Prozent.¹²¹

Im Gegensatz zur Anzahl der Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung ist die Anzahl der Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege in den letzten Jahren tendenziell nicht gestiegen. Vielmehr sank ihre Zahl im Jahr 2017 auf 376.000 ab, nachdem sie zwischen 2012 und 2016 zwischen 439.000 und 453.000 gelegen hatte.¹²² Die Nettoausgaben für die *Hilfe zur Pflege* beliefen sich im Jahr 2017 auf rund 3,4 Milliarden Euro bzw. auf einen durchschnittlichen monatlichen Betrag von 753 Euro je Leistungsempfänger.¹²³

Statistisch nicht vollständig erfasst sind die *Eigenanteile der Versicherten*. Im stationären Bereich, für welchen gesicherte Daten vorliegen, betrugen die durchschnittlichen privaten Pflegeausgaben im Juli 2019 rund 693 Euro im Monat.¹²⁴ Seit Einführung der Pflegeversicherung sind sie nahezu kontinuierlich gestiegen. Für den ambulanten Bereich liegen zu den privat zu tragenden Pflegekosten lediglich Befragungsergebnisse vor. Im Jahr 2016 betrugen diese etwa durchschnittlich 269 Euro im Monat.¹²⁵

121 BMG 2018b; Verband der Privaten Krankenversicherung 2018.

122 Statistisches Bundesamt 2019a.

123 Statistisches Bundesamt 2019b.

124 vdek 2019.

125 Rothgang und Müller 2018.

Die *Gesamtausgaben* für die pflegerische Versorgung von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarfen beliefen sich im Jahr 2016¹²⁶ auf etwa 42,2 Milliarden Euro. Davon wurden 80 Prozent von öffentlichen Ausgabenträgern finanziert, vor allem von der Sozialen Pflegeversicherung, deren Anteil sich auf 67 Prozent belief. Die restlichen 20 Prozent der pflegebedingten Ausgaben wurden privat finanziert. Die freiwilligen Leistungen von Angehörigen und Ehrenamtlichen sowie Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen bei stationärer Versorgung, die sich im Jahr 2016 auf rund acht Milliarden Euro beliefen, sind dabei nicht eingerechnet.¹²⁷

126 Die Darstellung der Struktur der Gesamtausgaben für pflegerische Leistungen erfolgt auf Basis von Daten für das Jahr 2016, da zu den privat zu tragenden Pflegekosten bei häuslicher Pflege keine neueren Daten vorliegen.

127 Rothgang und Müller 2018.

6 Status quo und Alternativen

Die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) werden sich in den kommenden Jahrzehnten weiter erhöhen. Ursächlich hierfür ist vor allem die demographische Alterung: Mit der zunehmenden Zahl an älteren Menschen wird auch die Zahl derer steigen, die im Alter auf Pflege angewiesen sein werden, da das Pflegerisiko mit dem Alter zunimmt. Für die zukünftige Entwicklung ist denkbar, dass die altersspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeit unverändert bleibt (Status-quo-Hypothese), dass sie mit zunehmender Lebenserwartung ansteigt (Medikalisierungsthese) oder sinkt (Kompressionsthese). Da keine der genannten Thesen bisher empirisch belegt ist, nehmen wir in unserer Prognose der zukünftigen Ausgaben weitgehend konstante Pflegefallwahrscheinlichkeiten an. Nachfolgend stellen wir die langfristigen Auswirkungen des veränderten Pflegebedarfs bis zum Jahr 2050 in Form von Beitragssatzprognosen vor.

Zu den zentralen Bestimmungsfaktoren der künftigen Ausgaben in der Pflege zählen dabei

- die demographische Entwicklung,
- die Bedeutung der professionellen Pflege sowie
- die Dynamisierung der Pflegeleistungen.

6.1 Finanzierung im Basisszenario

Die *demographische Entwicklung* schlägt sich demnach in einer entsprechenden Zunahme der Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) nieder. Bei konstanten Pflegefallwahrscheinlichkeiten ist mit einem Anstieg auf 5,3 Millionen Menschen bis zum Jahr 2050 zu rechnen (Tabelle 7). Dies sind 60 Prozent mehr als im Jahr 2017.

Neben der demographischen Entwicklung stellt die zunehmende *Bedeutung der professionellen Pflege* einen weiteren Ausgabentreiber dar. Wir unterstellen, dass sich der Trend zur professionellen Pflege zukünftig fortsetzen wird. Bis zum Jahr 2050 rechnen wir mit einem Rückgang des Anteils der Pflegegeldempfänger auf 45 Prozent zugunsten eines Anstiegs des Anteils der Empfänger vollstationärer Leistungen auf etwa 28 Prozent. Der Bedeutungsgewinn der vollstationären Pflege erklärt sich dadurch, dass sich die Altersstruktur der Bevölkerung in den kommenden Jahrzehnten zugunsten der älteren Jahrgänge verlagern wird, wobei die Inanspruchnahme vollstationärer Pflege mit zunehmendem Alter steigt.

Schließlich ist die *Dynamisierung der Pflegeleistungen* von zentraler Bedeutung für die Bestimmung der zukünftigen Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung. Für die gesetzlich vorgesehene Anpassung der Pflegeleistungen dient als Orientierungswert die Preisentwicklung, wobei die Anpassung nicht höher ausfallen darf als die Lohnentwicklung. Da es sich

TABELLE 7: Zentrale Größen der Sozialen Pflegeversicherung, 2000 bis 2050, Werte in Euro nominal

	2017	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Leistungsempfänger (Mio. Personen)	3,3	3,5	3,8	4,1	4,3	4,6	5,0	5,3
Einnahmen (Mrd. Euro)	36,1	47,7	58,7	74,2	89,4	113,3	145,0	181,3
Beitragseinnahmen (Mrd. Euro)	36,0	47,7	58,6	74,2	89,3	110,5	142,0	178,0
Sonstige Einnahmen inkl. PF (Mrd. Euro)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	2,7	2,9	3,3
Ausgaben (Mrd. Euro)	38,5	45,2	58,7	74,2	89,1	113,3	145,0	181,3
Leistungsausgaben (Mrd. Euro)	35,5	41,9	54,8	69,8	86,3	110,0	141,2	177,0
Sonstige Ausgaben (Mrd. Euro)	3,0	3,3	3,8	4,4	2,8	3,2	3,8	4,3
Beitragssatz (%)	2,55	3,05	3,25	3,55	3,65	3,85	4,25	4,60

Sonstige Einnahmen inkl. der Zuführungen aus dem Pflegevorsorgefonds.
Quelle: Prognos Economic Outlook (PEO) 2019

in der Pflege im Regelfall um personalintensive Tätigkeiten handelt und diese nur ein sehr begrenztes Potenzial für Produktivitätssteigerungen einerseits und Rationalisierungen andererseits aufweisen, führen potenzielle Lohnanstiege zu überdurchschnittlichen Kostensteigerungen (im Sinne der relativen Lohnstückkosten). Eine Dynamisierung mit der Preisentwicklung hätte daher zur Folge, dass die Pflegeleistungen nicht mit der tatsächlichen Kostenentwicklung Schritt halten würden. Darüber hinaus könnten zusätzliche Kostensteigerungen aufgrund des erhöhten Fachkräftebedarfs im Pflegesektor entstehen. Für die vorliegende Prognose würde das bedeuten, dass die reale Kostenentwicklung sich nicht laufend im Beitragssatz zur SPV niederschläge, sondern in den hier nicht ausgewiesenen Eigenanteilen der Versicherten gleichsam unterginge. Abweichend vom Status quo geht daher unsere Prognose davon aus, dass die Dynamisierung der Pflegeleistungen zukünftig an der Entwicklung des nominalen Bruttoinlandsprodukts (BIP) je Einwohner orientiert wird. Hierdurch wird die tatsächliche Kostenentwicklung infolge der steigenden Löhne zwar nicht vollständig berücksichtigt, es wird aber zumindest ein Teil der über die Preisentwicklung hinausgehenden Kostensteigerungen in die Entwicklung des Pflegeversicherungsbeitrags „eingepreist“.

Die Modellierung der Finanzierungsperspektiven der SPV erfolgt über das Prognos-eigene Sozialversicherungsmodell OCCUR:

Methodisches Vorgehen und Ausblick

Die hier dargestellte Prognose basiert auf Modellrechnungen von Prognos. Diese wurden mit dem Sozialversicherungsmodell OCCUR durchgeführt. OCCUR (Outlook on Cure, Care, Unemployment and Retirement) ist ein integriertes Prognose- und Simulationsmodell, welches die zukünftige Entwicklung der Finanzierungsströme in und zwischen den Sozialversicherungssystemen detailliert abbildet. Die Berechnungen von Einnahmen und Ausgaben der einzelnen Sozialversicherungszweige (Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung) werden dabei in einem konsistenten Referenzrahmen zur weltwirtschaftlichen Entwicklung (Prognos-Makromodell VIEW) durchgeführt. Bevölkerungs- und Erwerbstätigenentwicklung setzen dabei auf dem makroökonomischen Szenario aus VIEW auf, können für Szenarienrechnungen aber beliebig variiert werden. Endogene Ergebnisse von OCCUR sind u. a. die Entwicklung des aktuellen Rentenwerts, das Nettorentenniveau in der gesetzlichen

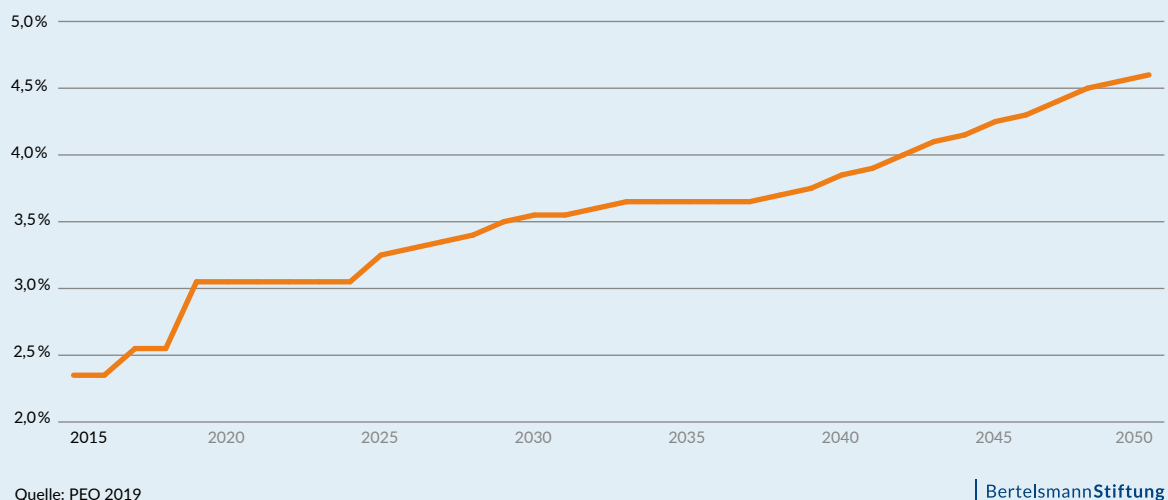
Rentenversicherung und eben die Finanzierungsbedarfe (Beitragssatzentwicklungen) in den verschiedenen Zweigen der Sozialen Sicherung. Die zentralen Ergebnisgrößen werden in Abhängigkeit des gesetzlichen Status quo oder unter geeigneten Reformszenarien bestimmt. Dabei kommunizieren die einzelnen Sozialversicherungszweige untereinander, wobei Rückkoppelungseffekte zwischen der Finanzierung des Sozialversicherungssystems und der wirtschaftlichen Entwicklung quantifiziert werden.

Die demographischen Rahmenbedingungen basieren auf der 13. koordinierten Vorausberechnung des Statistischen Bundesamts (Variante 2-A von 2017). Bezüglich der Lohnentwicklung erwarten wir für die kommenden Dekaden eine Beschleunigung der Lohn- und Preisdynamik. Das lohnpolitische Verhalten stellt in unserer Prognose keine exogene Annahme dar, sondern wird durch empirisch beobachtbare Determinanten und deren Entwicklungen beeinflusst. Neben den Erwartungsgrößen für den Produktivitätsfortschritt und die Inflationsrate spielt der Auslastungsgrad des Arbeitskräftepotenzials eine wichtige Rolle bei der Lohnfindung. Steigt der Auslastungsgrad infolge eines sinkenden Arbeitskräftepotenzials, steigender Erwerbsbeteiligung, längeren Arbeitszeiten und sinkender Arbeitslosigkeit in Zukunft an, so ist davon auszugehen, dass sich die Verhandlungsposition der Beschäftigten bzw. der Gewerkschaften verbessert. Im Zuge einer zunehmenden Knappheit des Arbeitsangebots können dann höhere Lohnsteigerungen als in der Vergangenheit durchgesetzt werden. Der gesetzliche Mindestlohn sichert das Lohnniveau nach unten ab. Die in Zukunft steigenden Sozialbeiträge für die Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung führen zu einer Erhöhung der Lohnkosten, welche sich anteilig in der Preisentwicklung niederschlägt. Da letztere wiederum als eine Referenzgröße in die Lohnverhandlungen eingeht, beschleunigt sich die Lohn-Preis-Dynamik zusätzlich. Unseren Prognosen zufolge nehmen die nominalen Lohnkosten (Arbeitnehmerentgelt je Stunde) in den beiden kommenden Dekaden um knapp vier Prozent p. a. zu. Die Zuwachsraten für die Bruttolöhne und -gehälter, in denen die Arbeitgeberbeiträge zu den Sozialversicherungen nicht enthalten sind, liegen knapp darunter. Gegen Ende der 2030er Jahre, wenn die Dynamik des Anstiegs der Sozialbeiträge nachlässt, pendeln sich die Lohnzuwächse auf einem Niveau von etwa 3,5 Prozent ein. Die Zuwachsraten des realen Stundenlohns liegen bei rund 1,6 Prozent p. a. und damit in etwa auf dem Niveau des Produktivitätsfortschritts.

Die Ausgaben der SPV werden infolge der geschilderten Entwicklungen von aktuell etwa 38,5 Milliarden Euro bis zum Jahr 2050 auf nominal über 181,3 Milliarden Euro steigen. Um diesen Ausgabenanstieg zu finanzieren, muss der Beitragssatz bis zum Jahr 2050 auf 4,6 Prozent angehoben werden (Abbildung 9). Die Dynamik der Ausgabensteigerung ist mit 4,8 Prozent im Jahresdurchschnitt deutlich höher als in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dabei verdeutlichen die oben beschriebenen Wirkungszusammenhänge, dass unser Szenario keinesfalls als „worst case“, sondern vielmehr als mittlere Variante interpretiert werden kann.

Die Anhebung des Beitragssatzes zur SPV zu Beginn des Jahres 2019 reicht nach unseren Berechnungen aus, um den Beitragssatz bis 2024 stabil zu halten. Danach führen die demographischen und gesellschaftlichen Trends zu erhöhten Finanzierungsbedarfen. Im Jahr 2025 erwarten wir einen Anstieg auf 3,25 Prozent, im Jahr 2030 bereits auf 3,55 Prozent und damit 0,5 Prozentpunkte auf mehr als 2019. Gegen Ende des Betrachtungshorizonts nimmt die Dynamik nochmals spürbar zu. Die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und 1960er Jahre erreichen in diesem Zeitraum die Altersgruppen mit erhöhter Pflegewahrscheinlichkeit.

ABBILDUNG 9: Beitragssatzentwicklung in der Sozialen Pflegeversicherung im Basisszenario, 2015 bis 2050, in Prozent



6.2 Reformmöglichkeiten im Überblick

Die Alterung der deutschen Bevölkerung ist die zentrale Herausforderung für die zukünftige Finanzierung der SPV. Mehr Leistungsempfänger bedingen steigende Leistungsausgaben, zu deren Finanzierung entsprechend höhere Einnahmen erforderlich sind. Das Problem, wie die steigenden Ausgaben langfristig tragfähig finanziert werden können, wurde zwar in der Fachwelt thematisiert, jedoch politisch nicht gelöst. Vielmehr wurde zur Finanzierung wichtiger und richtiger, gleichzeitig jedoch ausgabenerhöhender Reformschritte, wie der Einführung einer dynamischen Anpassung der Leistungsbeträge¹²⁸ oder der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs¹²⁹, ausschließlich auf kurzfristig orientierte Beitragssatzanhebungen zurückgegriffen. Gleichzeitig sorgte die bis 2008 fehlende Dynamisierung der Leistungsbeträge für eine schleichende Lastenverschiebung von der Sozialen Pflegeversicherung auf die Betroffenen. Auch zukünftig ist aufgrund der geplanten Maßnahmen zur Verbesserung von Entlohnung und Struktur des Pflegepersonals mit steigenden, von den Betroffenen zu tragenden Eigenanteilen zu rechnen.

Vor dem Hintergrund des absehbaren Anstiegs der Pflegekosten hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn im Januar 2019 eine Grundsatzdebatte über die weitere Finanzierung der Pflege ausgerufen. Dabei kommen verschiedene Optionen in Betracht, die unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen können. Dazu gehören u. a.

- eine Veränderung des Finanzierungsmixes,
- eine Stärkung der Einnahmenseite und
- eine Verbesserung der Generationengerechtigkeit.

¹²⁸ Die Einführung der regelmäßigen Dynamisierung der Leistungsbeträge wurde im Zuge des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (2008) beschlossen. Sie soll ein langfristig stabiles Leistungsniveau in der Sozialen Pflegeversicherung sicherstellen und so die schleichende Lastenverschiebung auf die Leistungsempfänger bzw. ihre Angehörigen reduzieren.

¹²⁹ Zu Jahresbeginn 2017 wurde ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Dieser soll einen gleichberechtigten Zugang zu Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung sicherstellen und zwar unabhängig davon, ob eine körperliche, eine psychische oder eine kognitive Beeinträchtigung vorliegt.

So können die Maßnahmen darauf abzielen, die Eigenanteile der Versicherten zu deckeln oder gar zu senken. Ebenso kann eine Verbreiterung der Finanzierungsgrundlage angestrebt werden, um über die bisherigen Beitragszahler und deren sozialversicherungspflichtigen Löhne hinausgehende Gruppen und Einkommen an der Finanzierung der Pflege zu beteiligen. Eine wichtige Rolle spielt auch die Frage, wie die Finanzierung im soziodemographischen Wandel intergenerativ ausgewogener sichergestellt werden kann.

Für die zukünftige Ausgestaltung der SPV ist zunächst die Frage nach dem „richtigen“ *Finanzierungsmix* zwischen privaten Beiträgen einerseits und gemeinschaftlichen Beiträgen andererseits („Solidarität vs. Eigenverantwortung“) zu klären. Diesbezügliche Vorschläge liegen sowohl für eine Stärkung der privaten Finanzierungsbeiträge¹³⁰ als auch für eine Stärkung der gemeinschaftlichen Finanzierungsbeiträge¹³¹ vor. Der Vorschlag von Häcker, Hackmann und Raffelhüschen¹³² sieht dabei die Einführung einer Karenzzeit vor – einer zeitlich verzögerten Leistungsgewährung nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Die in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen Ausgaben müssten demnach von den Betroffenen ausschließlich aus eigenen Mitteln finanziert werden. Im Gegensatz dazu schlagen Rothgang und Kalwitzki¹³³ einen „Sockel-Spitze-Tausch“ vor, wonach die Leistungsempfänger zukünftig einen festen Eigenanteil zahlen und die SPV alle darüber hinaus gehenden Kosten übernimmt. Unabhängig von der Ausgestaltung des Finanzierungsmixes ist grundsätzlich zu prüfen, mit welchen Instrumenten eine Absicherung des privat zu tragenden Anteils der Pflegekosten erreicht werden kann. Mit dem im Jahr 2012 verabschiedeten Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) wurde bereits eine staatliche Förderung der privaten Pflegevorsorge eingeführt. Theoretisch denkbar wäre eine private Pflichtvorsorge, die allerdings in der praktischen Umsetzung mit erheblichen Problemen behaftet und daher bereits 2009 gescheitert ist.

Im Zusammenhang mit der gemeinschaftlichen Finanzierung der SPV steht zudem die Frage, welche gesellschaftlichen Gruppen wie und in welchem Umfang zur Finanzierung der staatlichen Absicherung des Pflegerisikos herangezogen werden sollen. Die Vorschläge für eine nachhaltige Finanzierung der SPV durch eine *Stärkung ihrer Einnahmenseite* sind vielfältig. Denkbar ist beispielsweise eine Bürgerversicherung, welche auf eine Verbreiterung der Beitragsbasis durch die Erweiterung des Versichertenkreises um Beamte, Besserverdienende und Selbstständige abzielt. Auch die Bürgerpauschale des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung¹³⁴ beinhaltet eine Ausweitung des Versichertenkreises. Mit der Umstellung von einer lohnzentrierten auf eine einkommensunabhängige Finanzierung der SPV will der SVR-Vorschlag gleichzeitig allerdings das Versicherungsprinzip stärken. Als Alternative oder zusätzliche Möglichkeit wird eine (teilweise) Steuerfinanzierung der SPV über einen Bundeszuschuss gefordert.

Jeder dieser Vorschläge führt zu einer unterschiedlichen Verteilung der Finanzierungslasten. Gemein ist allen Vorschlägen, dass sie die Finanzierungslasten weiterhin in großen Teilen in die Zukunft auf jüngere und zukünftige Generationen verschieben. Mehr *Generationengerechtigkeit* kann nur durch Maßnahmen erreicht werden, die die zukünftigen Beitragsanstiege in die Gegenwart verlagern und die aktuell noch erwerbstätigen Generationen stärker zur Finanzierung ihrer zukünftigen Pflegeausgaben heranziehen.¹³⁵ Dieser Gedanke

130 Bspw. Häcker, Hackmann und Raffelhüschen 2011.

131 Bspw. Rothgang und Kalwitzki 2017.

132 Häcker, Hackmann und Raffelhüschen 2011.

133 Rothgang und Kalwitzki 2017.

134 SVR 2004.

135 Bspw. Herzog-Kommission 2003.

liegt auch dem Pflegevorsorgefonds zugrunde, der als Sondervermögen dazu dienen soll, langfristig die Beitragsentwicklung zu stabilisieren. Die Generationengerechtigkeit ist das Leitmotiv für die nachfolgend vorgestellten Finanzierungsoptionen.

6.3 Finanzierungsoptionen und Generationengerechtigkeit

Sofern die Leistungen der Pflegeversicherung nicht im Takt mit der tatsächlichen Kostenentwicklung dynamisiert werden (wie dies im Basisszenario der Fall ist), müssen potenzielle Lohnsteigerungen von den pflegebedürftigen Personen über höhere Eigenanteile finanziert werden. Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe 5 der Konzertierte Aktion Pflege sprachen sich diesbezüglich für eine weiter verbesserte Finanzausstattung der Pflegeversicherung aus. Zudem fand der Vorschlag, Maßnahmen zur Begrenzung der Eigenanteile zu ergreifen, mehrheitlich Zustimmung.¹³⁶ Als Ausgangspunkt unserer Analyse zu den Finanzierungsperspektiven der SPV unterstellen wir in den nachfolgenden Szenarien, dass die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2020 entsprechend der Entwicklung der Pflegekosten dynamisiert werden. Als Annäherung an die Entwicklung der Pflegekosten unterstellen wir dabei eine Dynamisierung entsprechend der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung.

Im Basisszenario erfolgt die Dynamisierung noch mit dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) je Einwohner. Im Vergleich bedeutet dies eine Ausgabendynamik der SPV im Zeitraum bis 2050 von jahresdurchschnittlich 5,0 statt 4,8 Prozent. Die nominalen Leistungsausgaben erreichen zum Ende des Betrachtungshorizonts einen Wert von 193 Milliarden Euro (+11,7 Milliarden Euro gegenüber dem Basisszenario).¹³⁷

Ausgewählte Finanzierungsoptionen

Zur Finanzierung der höheren Leistungsausgaben der SPV betrachten wir die Auswirkungen verschiedener Optionen in den folgenden Szenarien:

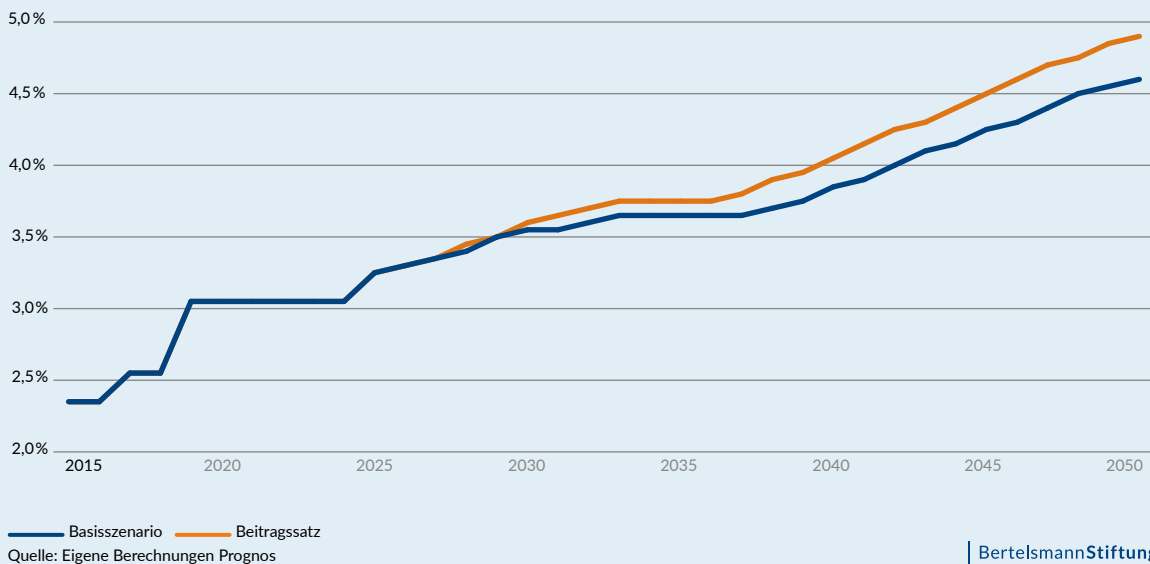
- Beitragssatz
- Bundeszuschuss
- Pflegevorsorgefonds (3,5 Prozent)
- Pflegevorsorgefonds (4,0 Prozent)
- Pflegevorsorgefonds (3,5 Prozent, BZ+)

Zunächst unterstellen wir im *Szenario Beitragssatz*, dass die höheren Leistungsausgaben entsprechend der Regelungen im gesetzlichen Status quo über eine Erhöhung des Beitragssatzes finanziert werden. In diesem Fall würde der Beitragssatz auf 4,9 Prozent im Jahr 2050 steigen und damit um 0,3 Prozentpunkte über dem Basisszenario liegen (Abbildung 10).

¹³⁶ BMG 2019a.

¹³⁷ Die in Teil I dieser Studie gezeigten potenziellen Finanzierungsbedarfe für die Einführung von APNs oder die angepasste Personalvergütung sind nicht explizit berücksichtigt. Die Finanzierungswirkungen über die Zeit sind von ergänzenden Annahmen abhängig, etwa der Frage, wann die zusätzlichen Ausgaben im Zeitverlauf anfallen. Für die hier im Fokus stehenden intergenerativen Verteilungswirkungen verschiedener Reformoptionen sind diese Mehrausgaben nicht entscheidend.

ABBILDUNG 10: Beitragssatzentwicklung im Basisszenario und im Szenario Beitragssatz, 2015 bis 2050, in Prozent



Als Alternative zu einer Beitragsfinanzierung betrachten wir im *Szenario Bundeszuschuss* die Einführung eines Bundeszuschusses zur SPV ab dem Jahr 2020 in Höhe von anfänglich 2,0 Milliarden Euro. In Anlehnung an die Regelungen des § 213 SGB VI zum allgemeinen Bundeszuschuss in der Gesetzlichen Rentenversicherung unterstellen wir für den Bundeszuschuss zur SPV, dass dieser entsprechend der Veränderung der Bruttolöhne- und -gehälter je Arbeitnehmer und der Veränderung des Beitragssatzes zur SPV fortgeschrieben wird und bis 2050 auf einen Betrag von 5,8 Milliarden Euro ansteigt. Diese Fortschreibungsregel gewährleistet im Zeitablauf einen in etwa konstanten Anteil des Bundes (bzw. der Steuerzahler) an der Finanzierung der Ausgaben der SPV. Da die höhere Dynamisierung erst im Zeitverlauf zu steigenden Ausgaben der SPV führt, werden die nicht umgehend zur Finanzierung der höheren Dynamisierung benötigten Bundesmittel dem Pflegevorsorgefonds zugeführt.

Unter diesen Annahmen zur Verwendung und zur Fortschreibung des Bundeszuschusses ist die anfängliche Höhe der Bundesmittel so festgesetzt, dass diese ausreichend sind, um die Ausgabensteigerungen infolge der höheren Dynamisierung der Pflegeleistungen bis zum Jahr 2050 vollumfänglich zu finanzieren. Damit wird eine zusätzliche Belastung der Beitragszahler vermieden. Entsprechend „führt“ der Bundeszuschuss die Beitragssatzentwicklung wieder auf den Pfad des Basisszenarios zurück.¹³⁸ Mit anderen Worten, der Beitragssatzverlauf ist im Szenario Bundeszuschuss identisch mit dem Basisszenario.

¹³⁸ Im Zeitraum nach 2050 würde allerdings trotz Bundeszuschuss ein höherer Beitragssatz als im Basisszenario nötig, um die stärker dynamisierten Leistungsausgaben zu finanzieren.

Mögliche Rechtfertigung einer Finanzierung über Bundesmittel

Bislang erhält die Soziale Pflegeversicherung, im Gegensatz zu den anderen Zweigen der Sozialversicherung, wie etwa der Kranken- und Rentenversicherung, keine Bundesmittel. Die Beteiligung des Bundes an der Finanzierung wurde in der Vergangenheit wiederholt gefordert (zuletzt ASMK 2018; GKV-Spitzenverband 2018) und gewinnt angesichts der steigenden Pflegeausgaben an Bedeutung. Die Argumentation für einen Bundeszuschuss zielt zumeist auf die „gesamtgesellschaftliche“ Bedeutung der SPV ab. Neben der Absicherung des Pflegerisikos übernimmt die SPV vermeintlich versicherungsfremde Leistungen, wie beispielsweise die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen (Familienpolitik) oder die Finanzierung zusätzlicher Rentenansprüche pflegender Angehöriger. Der GKV-Spitzenverband beziffert die versicherungsfremden Leistungen auf mindestens 2,7 Milliarden Euro im Jahr 2018.

Ein weiterer Aspekt, der eine Beteiligung des Bundes an der Finanzierung der SPV begründen könnte, ist der nicht bestehende Risikostrukturausgleich zwischen der SPV und der Privaten Pflegeversicherung. Ein Risikoausgleich zwischen den beiden Systemen wäre grundsätzlich denkbar, da die Leistungsansprüche identisch sind. Ob ein solcher Risikostrukturausgleich Finanzierungsvorteile zugunsten der SPV entfalten würde, ist in der wissenschaftlichen Diskussion umstritten (z. B. Greß, Haun und Jacobs 2019; Neusius 2019). Ein steuerfinanzierter Zuschuss bedeutet unabhängig von der Notwendigkeit eines Risikostrukturausgleichs eine indirekte Beteiligung der privat Pflegeversicherten an der Finanzierung der SPV.

Die vorliegenden Analysen zielen nicht darauf ab, die Forderungen nach einem Bundeszuschuss zu bewerten. Vielmehr sollen die Finanzierungs- und die intergenerativen Verteilungswirkungen von Steuermitteln in der SPV quantitativ aufgezeigt werden.

Als eine Maßnahme zur Stabilisierung des Beitragssatzes und für mehr Generationengerechtigkeit in der Finanzierung der SPV wird in den Szenarien Pflegevorsorgefonds (zusätzlich zum Bundeszuschuss von anfänglich 2,0 Milliarden Euro) eine Stärkung des Pflegevorsorgefonds betrachtet. Im *Szenario Pflegevorsorgefonds (3,5 Prozent)* wird der Beitragssatz im Jahr 2020 von 3,05 auf 3,5 Prozent angehoben. Dies entspricht in etwa dem durchschnittlichen Beitragssatz im Basisszenario im Zeitraum 2020 bis 2040.

Im *Szenario Pflegevorsorgefonds (4,0 Prozent)* unterstellen wir dagegen eine Anhebung des Beitragssatzes im Jahr 2020 von 3,05 auf 4,0 Prozent. Dies entspricht in etwa dem durchschnittlichen Beitragssatz im Basisszenario im Zeitraum 2020 bis 2060. Die Erhöhungsbeträge von 0,45 bzw. 0,95 Beitragssatzpunkten werden dem bestehenden oder einem neuen, zweiten Pflegevorsorgefonds zugeführt und dienen mittel- bis langfristig dazu, den Beitragssatz auf dem jeweiligen Niveau des Jahres 2020 zu stabilisieren.

Im *Szenario Pflegevorsorgefonds (3,5 Prozent)* reichen die Mittel des neuen Pflegevorsorgefonds aus, um den Beitragssatz bis zum Jahr 2043 auf dem Niveau von 3,5 Prozent zu stabilisieren. Ab dem Zeitpunkt, ab dem die Mittel des neuen Pflegevorsorgefonds aufgebraucht sind, entspricht die Entwicklung des Beitragssatzes dagegen wieder dem Verlauf im Szenario Bundeszuschuss. Dagegen sind die Mittel des neuen Pflegevorsorgefonds im

ABBILDUNG 11: Beitragssatzentwicklung im Szenario Bundeszuschuss und den Szenarien Pflegevorsorgefonds, 2015 bis 2050, in Prozent

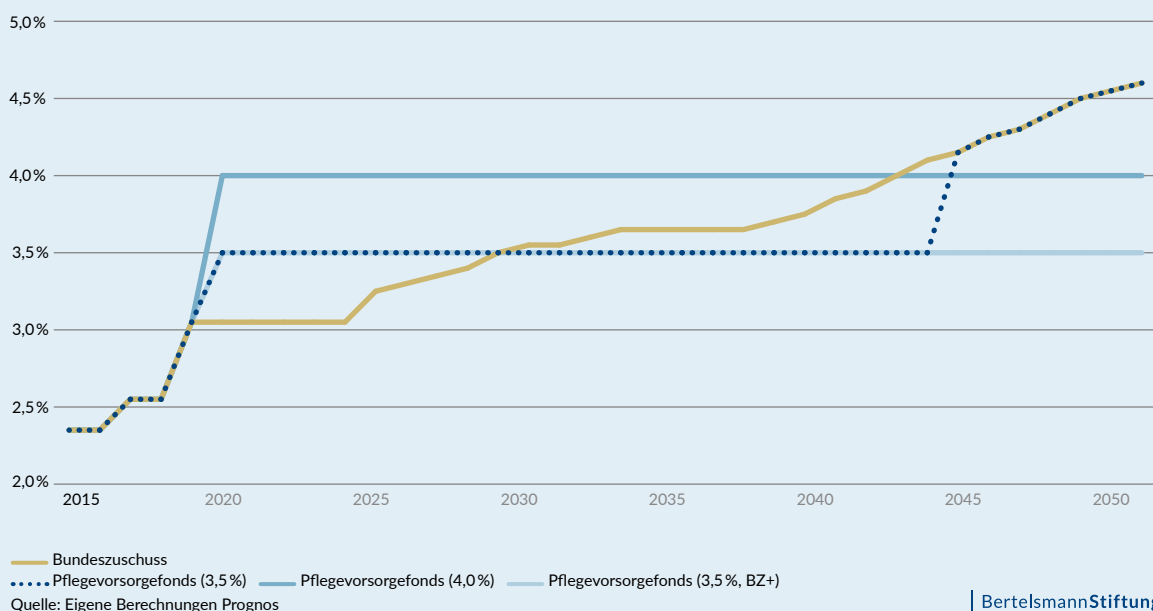
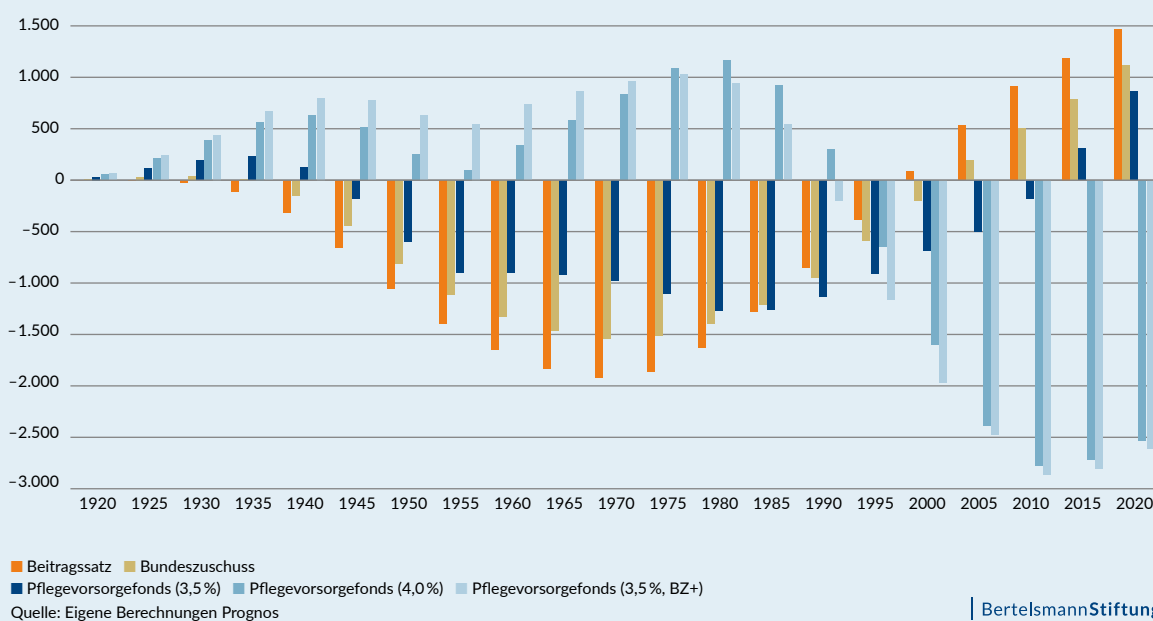


ABBILDUNG 12: Intergenerative Verteilungswirkungen für Finanzierungsalternativen
Barwert der Mehr- oder Minderbelastungen in Euro im Vergleich zum Basisszenario,
Diskontzinssatz = 4 Prozent, nach Jahrgang



Szenario Pflegevorsorgefonds (4,0 Prozent) ausreichend, um den Beitragssatz bis zum Jahr 2060 auf einem Niveau von 4,0 Prozent zu stabilisieren (Abbildung 11).¹³⁹

Im *Szenario Pflegevorsorgefonds (3,5 Prozent, BZ+)* werden die zusätzlichen Einnahmen in Höhe von 0,5 Beitragssatzpunkten über einen höheren Bundeszuschuss finanziert. Dieser müsste damit im Ausgangsjahr 2020 nicht mit 2,0 Milliarden Euro starten, sondern zu Beginn bereits 9,6 Milliarden Euro betragen. Er steigt bis 2050 auf 24,5 Milliarden Euro.

Wirkung auf die Generationengerechtigkeit

Die alternativen Finanzierungsoptionen haben jedoch nicht nur Konsequenzen für die Finanzentwicklung der SPV, sondern wirken sich entsprechend der jeweiligen Entwicklung des Beitragssatzes auch unterschiedlich auf die Höhe der Beitragszahlungen nach Versicherungsjahrgängen aus. Zur Abschätzung der intergenerativen Verteilungswirkungen sind in Abbildung 12 für jedes der alternativen Finanzierungsszenarien die Mehr- bzw. Minderbelastungen der Jahrgänge 1920 bis 2020 im Vergleich zum Basisszenario dargestellt.

Die Abbildung zeigt zunächst, dass sich die intergenerative Umverteilung der Pflegefinanzierung im Barwert und je Jahrgang, auf den gesamten Lebenszyklus bezogen, gerechnet weitestgehend in einem Bereich von bis zu 2.000 Euro bewegt, für die 2000er Jahrgänge ergeben sich Minderbelastungen bis zu 2.900 Euro. Zudem zeigt die Abbildung auf einen Blick, dass lediglich die Einführung eines Pflegevorsorgefonds, der mit einem ab 2020 konstanten Beitragssatz von 4,0 Prozent sowie aus 3,5 Prozent mit zusätzlichen Bundesmitteln (3,5 Prozent, BZ+) gespeist wird, eine Entlastung für jüngere Jahrgänge (1995 und jünger) bewirken kann.

Im Einzelnen zeigen sich folgende Effekte:

Im *Szenario Beitragssatz* führt die Finanzierung der stärkeren Dynamisierung über eine Erhöhung des Beitragssatzes dazu, dass die Jahrgänge 1999 und älter im Vergleich zum Basisszenario unter dem Strich entlastet werden. Die Jahrgänge 2000 und jünger werden dagegen stärker belastet. Die maximale Entlastung beträgt rund 1.900 Euro für heute etwa 50-jährige Beitragszahler. Für die Jahrgänge 1965 und älter nimmt die Entlastung sukzessive ab, da die Phase, in der diese Menschen als Erwerbstätige und später im Ruhestand Beiträge an die Pflegeversicherung zahlen, immer kürzer wird. Die stärkste Mehrbelastung haben hingegen die zukünftigen Generationen zu tragen, nämlich 1.500 Euro, exemplarisch abzulesen am Jahrgang 2020.

Im *Szenario Bundeszuschuss* verbessert sich das Bild ein wenig zugunsten der jüngeren Generationen; die Säulen der Mehr- und Minderbelastungen werden insgesamt kürzer. An der grundsätzlichen Verteilung ändert sich allerdings nichts. Es bleibt bei einer Mehrbelastung für die jüngeren Generationen, diese reduziert sich jedoch beispielsweise für den Jahrgang 2020 um etwa ein Viertel. Ausnahmen bilden die Jahrgangsgruppen 1990 bis 2000, die durch die Beteiligung der Steuerzahler nun bessergestellt werden als im Basisszenario. Die 2000er erfahren eine Entlastung um ca. 200 Euro, die Jahrgänge 1990 und 1995 profitieren von einer 50 bzw. zehn Prozent stärkeren Entlastung.

¹³⁹ Für den Pflegevorsorgefonds ist eine durchschnittliche Kapitalverzinsung in Höhe von 4,0 Prozent unterstellt. Dies entspricht der durchschnittlichen Verzinsung zehnjähriger Staatsanleihen im makroökonomischen Modell VIEW im Zeitraum 2020 bis 2045. Die Ergebnisse sind in Bezug auf die unterstellte Verzinsung relativ stabil: Bei einer Verzinsung von 2,0 Prozent reichen die Mittel des Pflegevorsorgefonds aus, um das System bis etwa 2055 zu stabilisieren.

Die „Bezuschussung“ der SPV mit Bundesmitteln führt unter dem Strich also zu einer intergenerativ ausgewogeneren Finanzierung. Die hat vor allem zwei Gründe. Zum einen werden auch Beamte und Selbstständige an der Finanzierung der SPV beteiligt. Zum anderen müssen Besserverdienende, die bislang nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze eingezahlt haben, über die Einkommensteuer zusätzliche Mittel für die SPV aufbringen.

Einen zusätzlichen Effekt bringt das *Szenario Pflegevorsorgefonds (3,5 Prozent)*: Durch die „vorzeitige“ Erhöhung des Beitragssatzes auf 3,5 Prozent werden die Jahrgänge 1985 und älter mehrbelastet. Dies gilt in besonderem Maße für die aktuell mehrheitlich noch erwerbstätigen geburtenstarken Jahrgänge 1955 bis 1970. Es gelingt also mit der Fondslösung eine stärkere Finanzierung derjenigen Jahrgänge zu erreichen, die maßgeblich für die demographischen Verschiebungen der kommenden Jahrzehnte verantwortlich sind.¹⁴⁰ Auch die Jahrgänge 1940 bis 1920, die sich bereits im Ruhestand befinden, müssen den höheren Beitragssatz entrichten und werden demnach (geringfügig) mehrbelastet.

Eine deutliche und durchgehende Entlastung der jüngeren Generationen zulasten der Jahrgänge 1990 und älter ergibt sich im *Szenario Pflegevorsorgefonds (3,5 Prozent, BZ+)* sowie *Szenario Pflegevorsorgefonds (4,0 Prozent)*. Hier werden jüngere und zukünftige Versichertenjahrgänge unter dem Strich entlastet. Sie zahlen über ihren Lebenszyklus hinweg rund 2.500 Euro weniger an Beiträgen und Steuern in die SPV ein als im Basisszenario. Mittlere und ältere Jahrgänge zahlen hingegen durchweg mehr in das System ein. Die maximale Mehrbelastung muss der Jahrgang 1980 schultern, mit etwa 1.200 Euro.

Diese Umkehr der Belastungswirkungen ist allerdings nicht dahingehend zu interpretieren, dass die jüngeren und zukünftigen Jahrgänge über Gebühr entlastet werden. Berücksichtigt man, dass der „faire“ Beitragssatz selbst bei Vernachlässigung der Zunahme der Lebenserwartung bei 4,05 Prozent liegen müsste (Box), so bedeutet auch das *Szenario Pflegevorsorgefonds (4,0 Prozent)* lediglich einen Beitrag zur Verringerung der intergenerativen Umverteilung innerhalb der SPV.

Intergeneratives Ungleichgewicht in der Sozialversicherung

Ein Grundproblem des Umlageverfahrens in der deutschen Sozialversicherung ist, dass die Höhe des Beitragssatzes sich allein an der *heutigen* Höhe der Ausgaben bemisst. Infolgedessen ist der Beitragssatz in der SPV nicht ausreichend, um das Leistungsniveau auf Dauer zu finanzieren. Würde der Beitragssatz stattdessen an den Leistungen ausgerichtet werden, die ein Versicherter *zukünftig* von der SPV erhält, so müsste der Beitragssatz selbst bei Vernachlässigung der zu erwartenden Zunahme der Lebenserwartung unter den Annahmen des Basisszenarios auf 3,8 Prozent angehoben werden. Unterstellt man dagegen eine Dynamisierung der Pflegeleistungen entsprechend der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung, so müsste der Beitragssatz sogar auf 4,05 Prozent angehoben werden. Dies bedeutet gleichzeitig, dass alle heute lebenden Versicherten gegenwärtig und bereits in der Vergangenheit zu geringe Beiträge in die SPV einzahlen bzw. einbezahlt haben. In der Konsequenz müssen diese zu geringen Beiträge von zukünftigen, aber auch von aktuell jüngeren Jahrgängen perspektivisch durch höhere („zu hohe“) Beiträge ausgeglichen werden.

¹⁴⁰ Hintergrund ist, dass die geburtenstarken Jahrgänge selbst nur verhältnismäßig wenig Kinder bekommen haben und damit die Abfolge von zahlenmäßig sehr stark besetzten Kohorten und Kohorten, die 20 bis 30 Prozent kleiner sind, ausgelöst haben. Durch die seit etwa 1970 durchgehend niedrige Geburtenrate setzt sich diese Entwicklung über die heute lebenden Generationen fort.

7 Fazit

Die Finanzierung der SPV ist bereits im Status quo nicht dauerhaft sichergestellt. Dies spiegelt sich in einem Beitragssatz wider, der über die kommenden 30 Jahre mehr oder weniger kontinuierlich ansteigt (Basisszenario). Dabei ist allerdings absehbar, dass auch dieser Beitragssatzanstieg nicht ausreichen wird, um die Versorgung und die Versorgungsqualität nachhaltig zu gewährleisten. Insbesondere die fehlende Dynamisierung der Löhne im Pflegesektor bewirkt eine schleichende „Entwertung“ der Leistungsfähigkeit der Sozialen Pflegeversicherung. In der Folge müssen zusätzliche Finanzierungsbedarfe entweder vermieden werden – zulasten der Versorgungsqualität und -sicherheit – oder die Eigenleistungen müssen spürbar ansteigen.

Die Ausführungen aus Teil I dieser Studie zeigen, dass für eine qualitativ hochwertige Versorgung sowie für angemessene Arbeitsbedingungen in der Pflege zahlreiche Maßnahmen notwendig sind. Diese sind zwar nicht durchweg und zwangsläufig mit Mehrkosten verbunden, beispielsweise kann eine effizientere Organisation der ambulanten Pflege auch Kosten einsparen, letztlich dürften sie aber in der Gesamtbetrachtung zunehmen. Denn die pflegerische Versorgung verändert sich in den nächsten Jahren spürbar: Rein demographisch bedingt nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen um etwa zwei Millionen Menschen zu, während die Personalressourcen für die Pflege immer knapper werden. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an die Pflegekräfte aufgrund sich wandelnder Pflegebedarfe deutlich.

Die resultierenden Finanzierungswirkungen illustriert zunächst das hier vorgelegte *Szenario Beitragssatz*, indem die Leistungen der Pflegeversicherung stärker dynamisiert werden. Die Ausgaben der SPV liegen in diesem Fall im Jahr 2050 um 6,5 Prozent oder nominal knapp zwölf Milliarden Euro über dem Basisszenario. Ausgehend von diesem erhöhten Finanzierungsbedarf zeigen wir mit den *Szenarien Bundeszuschuss* und *Pflegevorsorgefonds* Möglichkeiten auf, die entstehenden Belastungen über zusätzliche Finanzierungsquellen (Steuermittel) bzw. über eine andere intergenerative Verteilung zu erzielen.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Einführung eines Bundeszuschusses zur SPV allein aus Finanzierungsperspektive ein zielführender Baustein sein kann, um die Beitragsentwicklung zu begrenzen. In den vorliegenden Berechnungen ist der Bundeszuschuss zur Einführung auf zwei Milliarden Euro festgesetzt und dann so kalibriert, dass er die aus der erhöhten Lohndynamik entstehenden Mehrausgaben deckt. Die Teilfinanzierung der SPV über Steuern bewirkt dabei eine geringfügig verbesserte intergenerative Lastenverteilung. Für eine annähernd ausgewogene intergenerative Verteilung der Pflegekosten ist allerdings ein stärkerer und zusätzlicher „Eingriff“ in das System notwendig: Mit einer Beitragssatzanhebung auf 4,0 Prozent ab dem Jahr 2020 zum Aufbau eines Pflegevorsorgefonds können die in den kommenden Jahrzehnten im Takt mit der demographischen Entwicklung entstehenden Mehrbelastungen gerechter verteilt werden. Der Beitragssatz kann dann bis zum Ende des hier betrachteten Prognosehorizonts stabil gehalten werden. Dies bewirkt, dass

alle Jahrgänge 1990 und älter mehrbelastet, alle jüngeren und zukünftigen Jahrgänge hingegen entlastet werden.

Unter dem Strich zeigt sich: Eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung hat ihren Preis. Sie ist allerdings intergenerativ ausgewogen(er) finanzierbar, wenn die zukünftig spürbar steigenden Lasten in die Gegenwart vorgezogen werden. Die aus einer solchen Maßnahme resultierenden Mehrbelastungen für die heutigen Generationen bewegen sich dabei im Umfang von maximal 1.200 Euro, was über den verbleibenden Lebenszyklus eines heute 40-Jährigen durchaus verkraftbar erscheint.

Verzeichnisse

Literatur

- Aiken, Linda H., Douglas M. Sloane, Luk Bruneel, Koen Van der Heede, Peter Griffiths, Reinhard Busse, Marianna Diomidous, Juha Kinnunen, Maria Kóska, Emmanuel Lesaffre, Matthew M. McHugh, Maria Teresa Moreno-Casbas, Anne Marie Rafferty, Rene Schwendimann, P. Anne Scott, Carol Tishelman, Theo van Achterberg und Walter Sermeus (2014). „Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study“. *Lancet* (383) 9931. 1824–1830.
- American Association of Nurse Practitioners (2019). „All About NPs“. <https://www.aanp.org/about/all-about-nps> (Download 18.7.2019).
- ASMK – Arbeits- und Sozialministerkonferenz (2018). „Externes Ergebnisprotokoll der 95. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder“. https://asmkintern.rlp.de/fileadmin/asmkintern/Beschluesse/Beschluesse_95_ASMK_Extern/Externes_Ergebnisprotokoll_ASMK_2018.pdf (Download 9.7.2019).
- BA – Bundesagentur für Arbeit (2019). „Berufe auf einen Blick“. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistische-Analysen/Interaktive-Visualisierung/Berufe-auf-einen-Blick/Berufe-auf-einen-Blick-Anwendung-Nav.html> (Download 22.2.2019).
- Bakerjian, Debra (2008). „Care of nursing home residents by advanced practice nurses. A review of the literature“. *Research in Gerontological Nursing* (1) 3. 177–185.
- Baumann, Anna-Lena, und Christiane Kugler (2019). „Berufsperspektiven von Absolventinnen und Absolventen berufsqualifizierender Pflegestudiengänge – Eine bundesweite Verbleibstudie“. *Pflege. Bildung in den Pflegeberufen* (32) 1. 7–17.
- BiBB – Bundesinstitut für Berufsbildung (2019). „Entwicklung der Rahmenpläne für die neuen Pflegeausbildungen“. <https://www.bibb.de/de/86562.php> (Download 29.9.2019).
- Blegen, Mary A., Colleen J. Goode und Shin Hye Park (2013). „Baccalaureate Education in Nursing and Patient Outcomes“. *The Journal of Nursing Administration* (43) 2. 89–94.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2018a). „Die Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick“. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/leistungen-der-pflegeversicherung/leistungen-im-ueberblick.html> (Download 22.2.2019).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2018b). „Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung“. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_2018.pdf (Download 22.2.2019).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2019a). *Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5*. Berlin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf (Download 31.7.2019).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2019b). „Reform der Hebammenausbildung. Moderne Ausbildung für einen anspruchsvollen Beruf“. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/hebammen-ausbildung-1611224> (Download 29.9.2019).
- Bogai, Dieter (2017). *Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte im Wohlfahrtsstaat*. Berlin: De Gruyter Oldenbourg.
- Brindle, David (2017). „Buurtzorg: the Dutch model of neighbourhood care that is going global“. *The Guardian* 9.5.2017. <https://www.theguardian.com/social-care-network/2017/may/09/buurtzorg-dutch-model-neighbourhood-care> (Download 31.7.2019).

- Bryant-Lukosius, Denise, und Alba DiCenso (2004). „A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles“. *Journal of Advanced Nursing* (48) 5. 530–540.
- Bryant-Lukosius, Denise, und Ruth Martin-Misener (2016). „Advanced Practice Nursing: an essential component of country level human resources for health“. ICN Policy Brief. https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ICN_PolicyBrief6AdvancedPracticeNursing.pdf (Download 24.6.2019).
- Büschler, Andreas (2014). „Ambulante Pflege“. *Handbuch Pflegewissenschaft*. Hrsg. Doris Schaeffer und Klaus Wingenfeld. Weinheim, Basel: Beltz Verlag. 491–512.
- Bussche, Hendrik van den, Siegfried Weyerer, Martina Schäufler, Norbert Lübke, Sandie-Christine Schröfel und Stefan Dietsche (2009). „Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland – Eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien“. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 6/2009. <https://www.online-zfa.de/archiv/ausgabe/artikel/zfa-6-2009/46791-103238-zfa20090240-die-aerztliche-versorgung-von-pflegeheimbewohnern-in-deutschland-eine-k/> (Download 24.6.2019).
- Canadian Nurse Association (2016). „The Nurse Practitioner. Position Statement“. https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/the-nurse-practitioner-position-statement_2016.pdf?la=en&hash=B13B5142C8D02990439EF06736EA284126779BCC (Download 18.7.2019).
- Carrier, Manfred, Michael Görk, Stefan Hof, Katrin Kell, Judith Klett-Schmidt, Rudolf Michel-Fabian, Sabine Sickau, Axel Stellmann, Claudia Ott und Wilfried Wesemann (2017). „Personalkonzepte der Zukunft in Einrichtungen der stationären Altenhilfe“. Diakonie Texte. Diskussionspapier 02.2017. Hrsg. Diakonie Deutschland. Berlin. https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Diakonie-Texte_PDF/02_2017_Personalkonzepte_der_Zukunft_Druck.pdf (Download 24.7.2019).
- CBS – Centraal Bureau voor de Statistiek (2018). „Meer verpleegkundigen afgestudeerd“. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/19/meer-verpleegkundigen-afgestudeerd> (Download 15.7.2019).
- Damschroder, Laura J., David C. Aron, Rosalind E. Keith, Susan R. Kirsh, Jeffery E. Alexander und Julie C. Lowery (2009). „Fostering implementation of health research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science“. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19664226> (Download 29.9.2019).
- Darmann-Fink, Ingrid, Stefan Görres, Sabine Muths, Christin Adrian, Jaqueline Bomball und Bernd Reuschenbach (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*. Düsseldorf. https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/pflege_abschlussbericht_26_05_2015.pdf (Download 27.9.2019).
- Darmann-Fink, Ingrid, Gertrud Hundenborg, Barbara Knigge-Demal und Sabine Muths (2016). „Stellungnahme Pflegeberufegesetz“. https://www.ipp.uni-bremen.de/uploads/Downloads/Stellungnahme_Pflegeberufegesetz_Expertinnen.pdf (Download 28.7.2019).
- Darmann-Finck, Ingrid, und Bernd Reuschenbach (2018). „Qualität und Qualifikation: Schwerpunkt Akademisierung der Pflege“. *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Hrsg. Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger. Berlin: SpringerOpen. 163–170.
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2017). „Infoblatt-Entgeltordnung-TVoeD 2017“. https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Infoblatt-Entgeltordnung-TVoeD-2017_Anhang.pdf (Download 28.7.2019).
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2019). „Darum brauchen wir Pflegekammern“. <https://www.dbfk.de/de/themen/Pflegekammer.php> (Download 26.2.2019).

- Delamaire, Marie-Laure, und Gaétan Lafortune (2010). „Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries“. OECD Health Working Papers No. 54. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5kmbrcfms5g7-en.pdf?expires=1569488980&id=id&accname=guest&checksum=E622D0A6C97DE9A025EF7FD4026F4F1C> (Download 24.6.2019).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2016). „Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)“. BT-Drucksache 18/10510.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2017). „Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 18/7823 – Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG)“. BT-Drucksache 18/12847.
- Dielmann, Gerd (2013). „Tarifliche Implikationen einer Neuordnung der Gesundheitsberufe“. *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung*. Hrsg. Robert Bosch Stiftung. Stuttgart. 192–231. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf (Download 23.6.2019).
- Donald, Faith, Ruth Martin-Misener, Nancy Carter, Erin E. Donald, Sharon Kaasalainen, Abigail Wickson-Griffiths, Monique Lloyd, Noori Akhtar-Danesh und Alba DiCenso (2013). „A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care“. *Journal of Advanced Nursing* (69) 10. 2148–2161.
- Dowling, Maura, Michelle Beauchesne, Frances Farrelly und Kathy Murphy (2013). „Advanced practice nursing: a concept analysis“. *International Journal of Nursing Practice* (19) 2. 131–140.
- Dyckerhoff, Stephan (2018). „Buurtzorg. Better care at lower cost – A disruptive model of care at home. 14th SwissRe CRO Assembly – Rüslikon 31.5.2018“. https://www.swissre.com/dam/jcr:09687cf0-93d5-4c6e-860f-4e14a3423080/14th_cro_Presentation_Stephan_Dyckerhoff.pdf (Download 31.7.2019).
- Ehrentraut, Oliver, Tobias Hackmann, Lisa Krämer und Sabrina Schmutz (2015). „Zukunft der Pflegepolitik – Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen“. Studie im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn. <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/12140.pdf> (Download 2.8.2019).
- Ewers, Michael, und Yvonne Lehmann (2019). „Hochschulisch qualifizierte Pflegenden in der Langzeitversorgung?!“. *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Hrsg. Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger. Berlin: SpringerOpen. 167–178.
- Freimuth, A., und Marcel Sailer (2007). „Umsetzung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege“. *Der Onkologe* 13. 332–336.
- GKV-Spitzenverband (2018). „Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 22.11.2018 zum Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung“ (Drucksache 19/5464) vom 6.11.2018.
- Görres, Stefan (2013). „Orientierungsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen, Trends und Bedarfe“. *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung*. Hrsg. Robert Bosch Stiftung. Stuttgart. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf (Download 23.7.2019).
- Greß, Stefan, Dietmar Haun und Klaus Jacobs (2019). „Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung“. *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Hrsg. Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger. Berlin: SpringerOpen. 241–254.

- Greß, Stefan, und Klaus Stegmüller (2016). „Gesetzliche Personalbemessung in der stationären Altenpflege“. *pg-papers* 01/2016. Hrsg. Hochschule Fulda. Fulda. https://www.verdi.de/++file++56cd87e7bdf98d086200021a/download/Gutachten_gress_stegmueller.pdf (Download 26.7.2019).
- Greuter, Susy (2016). „Buurtzorg: ‚Nurses don’t need management‘. Ganzheitliche Pflege, made in the Netherlands“. Working Paper, Denknnetz Zürich. http://www.denknnetz.ch/wp-content/uploads/2019/02/16_Buurtzorg_Greuter.pdf (Download 24.6.2019).
- Häcker, Jasmin, Tobias Hackmann und Bernd Raffelhüsch (2011). „Pflegerreform 2010: Karenzzeiten in der Sozialen Pflegeversicherung“. *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* (100) 3. 347–367.
- Hanzehogeschool Groningen (2018). „Bachelor of nursing 2020. A future-proof programme profile 4.0. The Netherlands“. <https://www.hanze.nl/assets/academie-voor-verpleegkunde/Documents/Public/2018%20BSc%202020%20LOOV%20Engels%20for%20mail%20and%20ISSUU.pdf> (Download 15.7.2019).
- Herzog-Kommission (2003). *Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme*. Berlin. http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Sozialstaat/Dokumente/herzogkommission.pdf (Download 3.12.2018).
- IAB – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2018). „Entgelte von Pflegekräften – große Unterschiede zwischen Berufen, Bundesländern und Pflegeeinrichtungen“. Nürnberg. http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften.pdf (Download 30.7.2019).
- ICN – International Council of Nurses (2008). „ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist“. ICN Regulatory Series. https://siga-fsia.ch/files/user_upload/08_ICN_Framework_for_the_nurse_specialist.pdf (Download 8.10.2019).
- Igl, Gerhard (2019). *Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG), Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV), Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV). Praxiskommentar*. 2. Auflage. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (Hrsg.) (2018). „Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten ihre Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit“. <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++df07ee92-b1ba-11e8-b392-52540088cada> (Download 30.7.2019).
- Isfort, Michael, und Frank Weidner (2018). *Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der teil-/vollstationären Pflege*. Köln. https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2018.pdf (Download 15.7.2019).
- Kendall-Gallagher, Deborah, Linda H. Aiken, Douglas M. Sloane und Jeannie P. Cimiotti (2011). „Nurse specialty certification, inpatient mortality, and failure to rescue“. *Journal of Nursing Scholarship* (43) 2. 188–194.
- Klaes, Lothar, Thorsten Köhler, Alexander Rommel, Gerhard Schüler und Helmut Schröder (2011). *Zukünftige Qualifikationserfordernisse bei beruflichen Tätigkeiten auf mittlerer Qualifikationsebene im Bereich Public Private Health. Abschlussbericht, September 2011. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung*. Berlin. http://www.frequenz.net/uploads/tx_freqprojerg/Abschlussbericht_PPH_web.pdf (Download 25.6.2019).
- Koch, Lee F. (2012). „Pflegeausbildung in den USA: Ein Vorbild? Aufbau und Zukunftstendenzen des amerikanischen ‚Nursing Education‘-Systems“. *Padua – die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik* (7) 3. 132–136.

- Korte-Pötters, Ursula, Klaus Wingefeld und Dieter Heitmann (2007). „Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen“. *Referenzmodelle. Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege – Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts*. Heft 5, Teil A. Hrsg. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- KPMG (2013). „The added value of Buurtzorg relative to other providers of home care: a quantitative analysis of home care in the Netherlands“.
- KPMG (2015). „De toegevoegde waarde van Buurtzorg t.o.v. andere aanbieders van thuiszorg. Een kwantitatieve analyse van thuiszorg in Nederland anno 2013 Januari“. <http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/de-toegevoegde-waarde-van-buurtzorg-t-o-v-andere-aanbieders-van-thuiszorg.pdf> (Download 8.10.2019).
- Krinninger, Theresa (2018). „Ambulante Pflegedienste. Das soziale Netzwerk pflegt mit“. *Zeit online* 19.7.2018. <https://www.zeit.de/wirtschaft/2018-06/ambulante-pflegedienste-soziale-netzwerke-personal-mangel-niederlande-zeitdruck> (Download 1.8.2019).
- Kutney-Lee, Ann, Douglas M. Sloane und Linda H. Aiken (2013). „An increase in the number of nurses with baccalaureate degrees is linked to lower rates of postsurgery mortality“. *Health Aff (Milwood)* (32) 3. 579–586.
- Laag, Sonja, Thomas Müller und Michael Mruck (2014). „Verantwortung gemeinsam tragen. Die ärztliche Versorgung von Pflegeheim-Patienten braucht eine Neuordnung“. *BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2014*. Hrsg. Uwe Repschläger, Claudia Schulte und Nicole Osterkamp. Köln. 292–309. <https://www.barmer.de/blob/71368/3b8b43db8fab122a956636b5d00456e5/data/verantwortung-gemeinsam-tragen.pdf> (Download 30.7.2019).
- Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (2015). „Bachelor Nursing 2020“. <https://www.hanze.nl/assets/academie-voor-verpleegkunde/Documents/Public/2018%20BSc%202020%20LOOV%20Engels%20for%20mail%20and%20ISSUU.pdf> (Download 15.7.2019).
- Leichsenring, Kai (2015). „„Buurtzorg Nederland“ – Ein innovatives Modell der Langzeitpflege revolutioniert die Hauskrankenpflege“. *ProCare – Aktuelle Information, Fort- und Weiterbildung für die Mitarbeiter der Gesundheits- und Krankenpflege* (20) 8. 20–24.
- Maier, Claudia (2019). „Advanced Nursing Practice in Deutschland und international“. Vortrag auf der Fachtagung Advanced Nursing Practice ANP 2019. https://www.dbfk.de/media/docs/vortraege/2-DBfK_APN-Rollen_intl-Maier-8Mai2019_kurz.pdf (Download 24.6.2019).
- Maier, Claudia B., Linda H. Aiken und Reinhard Busse (2017). „Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation“. OECD Health Working Paper No. 98. [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2017\)8&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2017)8&docLanguage=En) (Download 24.6.2019).
- Mantzoukas, Stefanos, und Sue Watkinson (2007). „Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features“. *Journal of Clinical Nursing* (16) 1. 28–37.
- Matthias, April D. (2015). „Making the case for differentiation of registered nurse practice: Historical perspectives meet contemporary efforts“. *Journal of Nursing Education and Practice* (5) 4. 108–114.
- Mauel, Herbert (2018). „Komplexe Herausforderung. Der Jobmotor stottert“. *CAR€ Invest* 15–16/2018. 4–5.
- May, Susann, Timo Greiner, Samuel Thoma, Ulrich Schwantes, Sebastian von Peter und Martin Heinze (2018). „Psychopharmaka – Entscheidungsabläufe in brandenburgischen Pflegeheimen (PEA). Meeting Abstract. 17. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung“. <https://www.egms.de/static/de/meetings/dkvf2018/18dkvf264.shtml> (Download 30.7.2019).

- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2018). *Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI*. Essen. https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/MDS-Qualitätsberichte/_5._PflegeQualitätsbericht_des_MDS_Lesezeichen.pdf (Download 15.7.2019).
- Meyer, Gabriele, und Sascha Köpke (2006). „Expertenstandards in der Pflege“. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie* (39) 3. 211–216. https://www.researchgate.net/profile/Gabriele_Meyer2/publication/226855955_Expertenstandards_in_der_Pflege/links/004635310427c660b2000000.pdf (Download 27.9.2019).
- Ministry of Health and Long-Term Care (2017). „Attending nurse practitioners in long-term care homes. Recruitment and integration toolkit“. http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hhrs/nursing/docs/2017_NP_LTCH_Rec_int_toolkit.pdf (Download 24.6.2019).
- Mischo-Kelling, Maria, und Petra Schütz-Pazzini (Hrsg.) (2007). *Primäre Pflege in Theorie und Praxis. Herausforderungen und Chancen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Müller, Klaus, Rüdiger Ostermann, Petra Weber, Ulrike Thielhorn und Christa Müller-Fröhlich (2016). „Primärqualifizierende Pflegestudiengänge in Deutschland – eine Übersicht über Studienstrukturen, -ziele und -inhalte“. *Pflege und Gesellschaft* (21) 4. 330345.
- Neusius, Thomas (2019). „Pflegeversicherung – Ausgleich mit Privatversicherung hilft nicht“. *Wirtschaftsdienst* (99) 6. 421–424.
- Paul Hartmann AG (2018). „Pflegekräfte denken über Ausstieg nach“. *Pflegexit-Monitor*. <https://www.presseportal.de/pm/34248/3891100> (Download 30.7.2019).
- Pflegestudium.de (2016). „Pflegestudiengänge in Deutschland 2016. Aktuelle Daten und Statistiken“. https://www.pflegestudium.de/fileadmin/user_upload/Inhalte/pflegestudium.de/Pflege-Studieng%C3%A4nge_Deutschland_2016.pdf (Download 6.3.2019).
- Prognos (2019). *Prognos Deutschland Report 2025 | 2035 | 2045, Analysen zur Entwicklung von Wirtschaft und Gesellschaft*. 14. Ausgabe. Berlin.
- Reichardt, Christoph, Frances Wernecke, Marianne Giesler und Corinna Petersen-Ewert (2016). „Psychometrische Erfassung der Kompetenzen am Beispiel von Studierenden und Auszubildenden der Pflege“. *Pflege* (29) 5. 257–265.
- Rothgang, Heinz, Mathias Fünfstück und Thomas Kalwitzki (2019). „Personalbemessung in der Langzeitpflege“. *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Hrsg. Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger. Berlin: SpringerOpen. 147–157.
- Rothgang, Heinz, und Thomas Kalwitzki (2017). *Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur*. Gutachten. Hrsg. Initiative Pro-Pflegereform. Stuttgart. https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user_upload/Gutachten_Rothgang_Kalwitzki_-_Alternative_Ausgestaltung_der_Pflegeversicherung.pdf (Download 3.12.2018).
- Rothgang, Heinz, und Rolf Müller (2018). *Pflegereport 2018*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 12. Hrsg. BARMER. Berlin.
- Rothgang, Heinz, Rolf Müller und Rainer Unger (2012). *Themenreport „Pflege 2030“*. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Studie im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf (Download 2.8.2019).
- Schaeffer, Doris (2017). „Advanced Nursing Practice – Erweiterte Rollen und Aufgaben der Pflege in der Primärversorgung in Ontario/Kanada“. *Pflege & Gesellschaft* (22) 1. 18–35.

- Schäufele, Martina, Leonore Köhler, Ingrid Hendlmeier, Andreas Hoell und Siegfried Weyerer (2013). „Prävalenz von Demenzen und ärztliche Versorgung in deutschen Pflegeheimen: eine bundesweite repräsentative Studie“. *Psychiatrische Praxis* (40) 4. 200–206.
- Schneekloth, Ulrich, und Ingolf von Törne (2007). „Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung“. *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispiele für „Good Practice“*. Integrierter Abschlussbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Hrsg. Ulrich Schneekloth und Hans Werner Wahl. München. <https://www.bmfsfj.de/blob/78928/9465bec83edaf4027f25bb5433ea702e/abschlussbericht-mug4-data.pdf> (Download 12.7.2019).
- Schwinger, Antje (2016). *Zum Wohle der Gesellschaft? Ein internationaler Vergleich von Ausgestaltung und Wirkung der berufsständischen Selbstverwaltung von Pflegekräften*. Dissertation. Bremen. <https://d-nb.info/1125583991/34> (Download 24.6.2018).
- Schwinger, Antje (2017). „Psychopharmaka-Einsatz in Pflegeheimen: Die Sicht der Pflegekräfte auf nicht-medikamentöse Alternativen“. Statement von Dr. Antje Schwinger. Pressekonferenz zum Pflegereport 2017. https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2017/06_statement_antje_schwinger_pflegerreport_2017.pdf (Download 30.7.2019).
- Schwinger, Antje, Jürgen Klauber und Tsiasioti Chrysanthi (2019). „Pflegepersonal heute und morgen“. Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Berlin: SpringerOpen. 3–21.
- Sheer, Barbara, und Frances Kam Yuet Wong (2011). „Evolution or revolution: Can advanced practice nurses alter the future of health care?“ *Pflege* (24) 1. 3–6.
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2019). „Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich“. Nürnberg. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf> (Download 24.7.2019).
- Statistisches Bundesamt (2015). „Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse“. Wiesbaden. https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00015401/5224001139004.pdf (Download 16.7.2019).
- Statistisches Bundesamt (2017). „Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse“. Wiesbaden. https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00042871/5224001159004.pdf (Download 16.7.2019).
- Statistisches Bundesamt (2018). „Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. 2017“. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf;jsessionid=F4411A0B81093BD76F6FA127B61039F1.internet742?__blob=publicationFile (Download 16.7.2019).
- Statistisches Bundesamt (2019a). „Empfänger/-innen von Hilfe zur Pflege im Laufe des Jahres“. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/liste-hilfe-pflege.html> (Download 16.7.2019).
- Statistisches Bundesamt (2019b). „Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII“. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/to2_nettoausgaben_insg_hilfearten_ilj_zv.html (Download 16.7.2019).
- Stiftung Münch (2019). *Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen*. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004). *Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/05*. Wiesbaden. https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/04_gesa.pdf (Download 3.12.2018).
- SVR Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Kurzfassung*. Bonn. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf (Download 02.7.2019).
- SVR Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012*. Bonn. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf (Download 2.7.2019).
- SVR Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018*. Bonn. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (Download 2.7.2019).
- Teichtmann, Gero (2015). „Die Verweildauern sinken. Statistische Analysen zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauern in stationären Pflegeeinrichtungen“. https://altersinstitut.de/wp-content/uploads/2018/10/alters-institut_analyse_verweildauer_download_ck.pdf (Download 12.7.2019).
- Thürmann, Petra A. (2017). „Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen“. *Pflegereport 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Hrsg. Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger. Stuttgart: Schattauer. 119–129.
- Tsiasioti, Chrysanthi, Susann Behrendt, Kathrin Jürchott und Antje Schwinger (2019). „Pflegebedürftigkeit in Deutschland“. *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Hrsg. Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger. Berlin: SpringerOpen. 257–311.
- United States Department of Labor, Bureau of Labor Statistics (2019). „Occupational employment and wages, May 2018. 29–1141 Registered Nurses“. <https://www.bls.gov/oes/current/oes291141.htm> (Download 18.7.2019).
- vdek – Verband der Ersatzkassen (2019). „Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege nach Bundesländern in EUR je Monat, 1. Juli 2019“. https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html (Download 1.9.2019).
- Verband der Privaten Krankenversicherung (2018). *Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2017*. Köln. <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht-2017.pdf> (Download 30.7.2019).
- Vincentz Netzwerk und cogitaris (2018). „Altenpflege im Fokus 2018. Repräsentative Befragung von Pflegefachkräften in der stationären Langzeitpflege“. https://www.pro-hauswirtschaft.net/content/download/757181/24124151/version/f/file/Ergebnisse_Altenpflege_im_Fokus_2018_11_8.pdf (Download 30.7.2019).
- Wiese, Christoph, Karl Peter Ittner und Christoph Lassen (2016). „Palliativer Notfall bei geriatrischen Patienten“. *MMW Fortschritte der Medizin* (158) Sonderheft 3. 82–91.
- Willis Commission (2012). *Quality with compassion: The future of nurse education*. London: Royal College of Nursing.
- Wingenfeld, Klaus (2012). „Versorgungsbedarf in der stationären Langzeitpflege“. *Versorgungs-Report 2012. Gesundheit im Alter*. Hrsg. Christian Günster, Joachim Klose und Norbert Schmacke. Stuttgart: Schattauer. 99–109.
- Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Berlin. https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Download 26.7.2019).

Tabellen

TABELLE 1:	Aktuelle Leistungsbeträge der Sozialen Pflegeversicherung nach Pflegegrad und Leistungsart	28
TABELLE 2:	Beispiel Niederlande: Kompetenzbereiche hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen	40
TABELLE 3:	Entlohnungsstruktur in der Pflege nach stilisierten Entgeltgruppen und -stufen	45
TABELLE 4:	APN-Ausbildungen und erweiterte Praxis in der Primärversorgung, ausgewählte OECD-/EU-Länder, 2015	48
TABELLE 5:	Rollen und Verantwortlichkeiten von NPs in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in Ontario/Kanada	50
TABELLE 6:	Masterstudiengänge mit APN-Schwerpunkt in Deutschland	53
TABELLE 7:	Zentrale Größen der Sozialen Pflegeversicherung, 2000 bis 2050, Werte in Euro nominal	61

Abbildungen

ABBILDUNG 1:	Entwicklung der 65-jährigen und älteren Bevölkerung und des Altenquotienten in Deutschland, 1995 bis 2050	12
ABBILDUNG 2:	Entwicklung der SPV-Leistungsempfänger, Anzahl und Bevölkerungsanteil, 1995 bis 2050	13
ABBILDUNG 3:	Entwicklung der Arbeitslosen-Stellen-Relation der Pflegeberufe nach Anforderungsniveau, 2011 bis 2018	14
ABBILDUNG 4:	Entwicklung von Beschäftigungsvolumen und Qualifikationsstruktur in Pflegeeinrichtungen, 2007 bis 2017	15
ABBILDUNG 5:	Pflegebedürftige nach Pflegegrad und Versorgungsform, 2017	18
ABBILDUNG 6:	Mittleres Bruttoentgelt von sozialversicherungspflichtig beschäftigten Fachkräften und Helfern der Kranken- und Altenpflege nach Einrichtungsart, 2017	25
ABBILDUNG 7:	Beispiel Niederlande: Absolventenzahlen der beruflichen und hochschulischen Ausbildung 2005/06 bis 2016/17 und Arbeitsumfeld beruflicher und hochschulischer Absolventen 2015/16	42
ABBILDUNG 8:	Arbeitsfelder hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen im Gesundheitssektor in Deutschland	43
ABBILDUNG 9:	Beitragssatzentwicklung in der Sozialen Pflegeversicherung im Basisszenario, 2015 bis 2050, in Prozent	63
ABBILDUNG 10:	Beitragssatzentwicklung im Basisszenario und im Szenario Beitragssatz, 2015 bis 2050, in Prozent	66
ABBILDUNG 11:	Beitragssatzentwicklung im Szenario Bundeszuschuss und den Szenarien Pflegevorsorgefonds, 2015 bis 2050, in Prozent	68
ABBILDUNG 12:	Intergenerative Verteilungswirkungen für Finanzierungsalternativen	68

Abkürzungen

AentG	Arbeitnehmer- Entsendegesetz	KrPflG	Krankenpflegegesetz
ADN	Associate of Science in Nursing Program	MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
AltPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers	NBA	Neues Begutachtungsassessment
AltPflG	Altenpflegegesetz	NP	<i>Nurse Practitioner</i>
APN	<i>Advanced Practice Nurse</i>	OCCUR	Outlook on Cure, Care, Unemployment and Retirement
ASMK	Arbeits- und Sozialministerkonferenz	p. a.	per annum
BA	Bundesagentur für Arbeit	PflAFinV	Pflegeberufe-Ausbildungs- finanzierungsverordnung
BiBB	Bundesinstitut für Berufsbildung	PflAPrV	Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
BIP	Bruttoinlandsprodukt	PflBG	Pflegeberufegesetz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	PflegeArbbV	Pflegearbeits- bedingungenverordnung
bspw.	beispielsweise	PflegeWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht	PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
bzw.	beziehungsweise		
ca.	circa		
CanMEDS	<i>Canadian Medical Education Directions for Specialists</i>	PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz
CBS	<i>Centraal Bureau voor de Statistiek</i>	PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
CNS	<i>Clinical Nurse Specialist</i>	PSG	Pflegestärkungsgesetz
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	SGB	Sozialgesetzbuch
DRV	Deutsche Rentenversicherung	SPV	Soziale Pflegeversicherung
ebd.	ebenda	SVR	Sachverständigenrat
GG	Grundgesetz	TV-L	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	TVöD	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst
HeimG	Heimgesetz	u. a.	unter anderem
HeimPersV	Heimpersonalverordnung	v. a.	vor allem
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung	VZÄ	Vollzeitäquivalent
ICN	International Council of Nurses	z. B.	zum Beispiel
i. d. R.	in der Regel		
inkl.	inklusive		
IOM	Institute of Medicine		
i. V.	im Vergleich		
i. V. m.	in Verbindung mit		
KAP	Konzertierte Aktion Pflege		
KrPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege		

Beteiligte Expertinnen und Experten

Die Empfehlungen im ersten Teil der Studie wurden unter Einbeziehung von Pflegewissenschaft, Praktikern und juristischer Expertise erarbeitet, die im Rahmen von Fachgesprächen befragt wurden.

- **Prof. Dr. Andreas Büscher**, Hochschule Osnabrück, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
- **Dr. Stephan Dyckerhoff**, Buurtzorg Asia
- **Prof. Dr. Martina Hasseler**, Ostfalia Hochschule Wolfsburg
- **Dr. Bernhard Holle**, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Witten
- **Prof. em. Dr. jur. Gerhard Igl**, Universität Kiel
- **Prof. Dr. phil. Sascha Köpke**, Universität Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie)
- **Prof. Dr. Michael Simon**, Universität Basel
- **Johannes Technau**, Buurtzorg Deutschland
- **Prof. Dr. Frank Weidner**, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, Köln

Impressum

© 2019
Bertelsmann Stiftung,
Gütersloh

Verantwortlich
Uwe Schwenk

Autoren
Dr. Oliver Ehrentraut
Gwendolyn Huschik
Dr. Stefan Moog
Laura Sulzer

Bildnachweis
© Halfpoint –
stock.adobe.com

Gestaltung
Dietlind Ehlers

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0

Dr. Stefan Etgeton
Senior Expert
Versorgung verbessern – Patienten informieren
Telefon +49 30 319870 5016
Telefax +49 5241 81-681314
stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de