



ROBERT KOCH INSTITUT
Statistisches Bundesamt

Schwerpunktbericht der
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

Pflege



Gesundheitsberichterstattung des Bundes

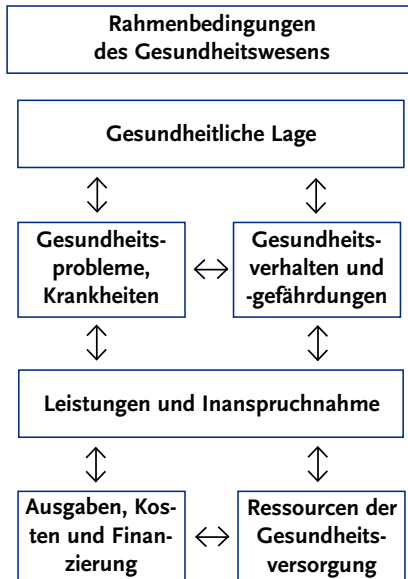
Schwerpunktbericht zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

Pflege

*Dr. Peter Pick, Jürgen Brüggemann, Christiane Grote,
Elke Grünhagen, Thomas Lampert*

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) liefert daten- und indikatorengestützte Beschreibungen und Analysen zu allen Bereichen des Gesundheitswesens.



Als dynamisches und in ständiger Aktualisierung begriffenes System bietet die Gesundheitsberichterstattung des Bundes die Informationen zu den Themenfeldern in Form sich ergänzender und aufeinander beziehender Produkte an:

- ▶ Themenhefte der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
 - ▶ In den Themenheften werden spezifische Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und zum Gesundheitssystem handlungsorientiert und übersichtlich präsentiert. Jedes Themenheft lässt sich einem der GBE-Themenfelder zuordnen; der innere Aufbau folgt ebenfalls der Struktur der Themenfelder. Somit bieten die Themenfelder der GBE sowohl den Rahmen als auch die Gliederung für die Einzelhefte. Inhaltlich zusammengehörende Themen können ge-

bündelt und gemeinsam herausgegeben werden. Die fortlaufende Erscheinungsweise gewährleistet Aktualität. Die Autorinnen und Autoren sind ausgewiesene Expertinnen und Experten aus dem jeweiligen Bereich. www.rki.de/GBE/GBE.HTM

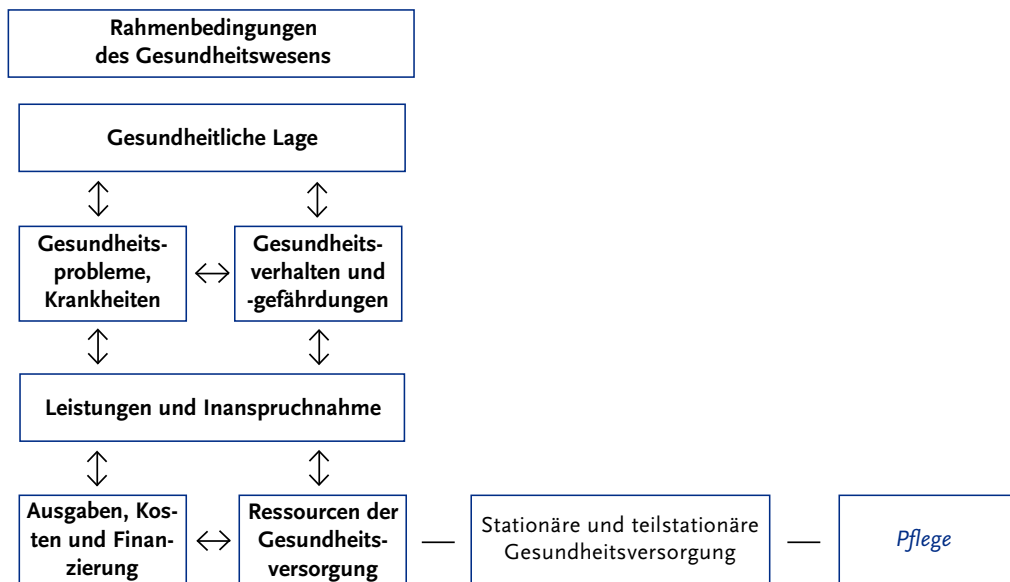
- ▶ Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
 - ▶ Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes liefert als Online-Datenbank schnell, kompakt und transparent gesundheitsrelevante Informationen zu allen Themenfeldern der Gesundheitsberichterstattung. Die Informationen werden in Form von individuell gestaltbaren Tabellen, übersichtlichen Grafiken, verständlichen Texten und präzisen Definitionen bereitgestellt und können heruntergeladen werden. Das System wird ständig ausgebaut. Derzeit sind aktuelle Informationen aus über 100 Datenquellen abrufbar. Zusätzlich können über dieses System die GBE-Themenhefte und die Inhalte aus dem Gesundheitsbericht für Deutschland (Hrsg. Statistisches Bundesamt, Stuttgart, 1998) abgerufen werden. www.gbe-bund.de

- ▶ Schwerpunktberichte
 - ▶ In den Schwerpunktberichten werden spezielle Themen der Gesundheit und des Gesundheitssystems detailliert und umfassend beschrieben.

Die Aussagen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes beziehen sich auf die nationale, bundesweite Ebene und haben eine Referenzfunktion für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Auf diese Weise stellt die GBE des Bundes eine fachliche Grundlage für politische Entscheidungen bereit und bietet allen Interessierten eine datengestützte Informationsgrundlage. Darüber hinaus dient sie der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen und trägt zur Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen bei.

Der Leser- und Nutzerkreis der GBE-Produkte ist breit gefächert: Angesprochen sind Gesundheitspolitikerinnen und -politiker, Expertinnen und Experten in wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen und die Fachöffentlichkeit. Zur Zielgruppe gehören auch Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten, Verbraucherinnen und Verbraucher und ihre jeweiligen Verbände.

Der vorliegende Schwerpunktbericht »Pflege« der Gesundheitsberichterstattung des Bundes lässt sich folgendermaßen in das Gesamtspektrum der Themenfelder einordnen:



Bislang sind folgende Themenhefte der GBE erschienen:

- Heft 1 »Schutzimpfungen«
- Heft 2 »Sterbebegleitung«
- Heft 3 »Gesundheitsprobleme bei Fernreisen«
- Heft 4 »Armut bei Kindern und Jugendlichen«
- Heft 5 »Medizinische Behandlungsfehler«
- Heft 6 »Lebensmittelbedingte Erkrankungen«
- Heft 7 »Chronische Schmerzen«
- Heft 8 »Nosokomiale Infektionen«
- Heft 9 »Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin«
- Heft 10 »Gesundheit im Alter«
- Heft 11 »Schuppenflechte«
- Heft 12 »Dekubitus«
- Heft 13 »Arbeitslosigkeit und Gesundheit«
- Heft 14 »Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter«
- Heft 15 »Hepatitis C«
- Heft 16 »Übergewicht und Adipositas«
- Heft 17 »Organtransplantation und Organspende«
- Heft 18 »Neu und vermehrt auftretende Infektionskrankheiten«
- Heft 19 »Heimtierhaltung – Chancen und Risiken für die Gesundheit«
- Heft 20 »Ungewollte Kinderlosigkeit«
- Heft 21 »Angststörungen«
- Heft 22 »Hautkrebs«
- Heft 23 »Selbsthilfe im Gesundheitsbereich«

Adressen:

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Postfach 650261
13302 Berlin
Tel.: 018 88.754-34 00
Fax: 018 88.754-35 13
gbe@rki.de
www.rki.de/GBE/GBE.HTM

Statistisches Bundesamt
Zweigstelle Bonn
Informations- und Dokumentationszentrum
Gesundheitsdaten
Graurheindorfer Straße 198
53117 Bonn
Tel.: 018 88.644-8121
Fax: 018 88.644-8996
gbe-bund@destatis.de
www.gbe-bund.de

Schwerpunktbericht der GBE

- Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Inhaltsverzeichnis

	Einführung	9
1	Langzeitpflege	9
1.1	Begriff der Pflegebedürftigkeit	9
1.2	Feststellung des Hilfebedarfs	10
1.3	Ursachen der Pflegebedürftigkeit	13
1.4	Verbreitung der Pflegebedürftigkeit	14
1.5	Leistungen der Pflegeversicherung	15
1.6	Angebotskapazitäten	17
1.7	Finanzierung bei Pflegebedürftigkeit	20
1.8	Zwischenfazit	22
2	Pflege bei Krankheit	24
2.1	Häusliche Krankenpflege	24
2.1.1	Leistungen	24
2.1.2	Verordnung der Leistungen	25
2.1.3	Leistungserbringer	25
2.1.4	Leistungsfälle und Leistungsausgaben	25
2.1.5	Entwicklung der häuslichen Krankenpflege	28
2.2	Pflege im Krankenhaus	28
2.2.1	Leistungen	28
2.2.2	Entlassungsmanagement und Patientenberatung	29
2.2.3	Leistungserbringer und Leistungsausgaben	30
2.2.4	Entwicklung der Krankenhauspflege	31
3	Pflegequalität und Qualitätsmanagement in Pflegeeinrichtungen	32
3.1	Grundlagen und Prüfung	32
3.2	Qualitätsergebnisse und Qualitätsdefizite	33
3.3	Umfassendes Qualitätsmanagement	35
3.4	Pflegestandards	35
3.5	Rahmenbedingungen der Pflege	35
4	Pflege als Beruf	36
4.1	Pflegeausbildung	38
4.1.1	Krankenpflegeausbildung	38
4.1.2	Altenpflegeausbildung	39
4.2	Weiterbildung	40
4.3	Belastung und Fluktuation	41
4.4	Berufsperspektiven	42
5	Konzepte und Methoden der Pflegeforschung	42
5.1	Gegenstand der Pflegewissenschaft	42
5.2	Entwicklung der Pflegewissenschaft	43
5.3	Pflegetheorien	43
5.4	Beispiele pflegewissenschaftlicher Forschung	43
5.5	Arbeitsfelder für Akademikerinnen und Akademiker	44

6	Zukunftsherausforderungen für die Pflege	45
6.1	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen	45
6.2	Entwicklung des Pflegepotenzials	47
6.3	Demenz	49
6.4	Vernetzung	50
6.5	Ausblick	51
	Quellenverzeichnis	54
	Weiterführende Literatur	56
	Tabellenverzeichnis	57
	Abbildungsverzeichnis	58
	Adressen	59
	Abkürzungsverzeichnis	61

Pflege

Einführung

Angesichts der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und – damit einhergehend – der Zunahme chronischer Krankheiten gewinnt die Pflege immens an Bedeutung. Dies gilt gleichermaßen für das Berufsfeld wie für die Profession. Während sie traditionell eher in Abhängigkeit von der Medizin gesehen wurde, wächst ihr insbesondere in der Pflege älterer Menschen und in der medizinischen Behandlungspflege verstärkt eine eigenständige Rolle zu. Aber auch im Krankenhaus ist die Pflege zunehmend mit eigenständigen oder selbstständig zu erledigenden Aufgaben verbunden.

Die Angehörigen der Pflegeberufe stellen die mit Abstand größte Beschäftigtengruppe im Gesundheitswesen. Entsprechend dieser Bedeutung entwickelt die Pflege als Berufsgruppe ein eigenes Selbstverständnis und ein neues Aufgaben- und Qualitätsverständnis. Anregungen dazu werden vor allem von der in Deutschland noch jungen Pflegewissenschaft und Pflegeforschung erwartet. Zugleich ist die Pflege auf eine gute Zusammenarbeit mit anderen Therapeutengruppen und den Ärzten angewiesen. Damit rücken auch Fragen der Vernetzung und Integration in den Mittelpunkt des Interesses.

Auf der Versorgungsseite sind die größten Impulse der letzten Jahre von der Pflegeversicherung ausgegangen. Die Leistungen der Pflegeversicherung gewährleisten eine Grundsicherung bei Pflegebedürftigkeit. Mit ihrer Einführung hat die Bundesrepublik Deutschland eine Lücke in ihrem sozialen Sicherungssystem geschlossen. Auch ist im Zuge der Einführung einer pflegerischen Grundsicherung das Pflegeangebot deutlich ausgebaut worden. Vor dem Hintergrund des absehbaren Altersstrukturwandels kommen auf das pflegerische Versorgungssystem große Herausforderungen zu.

Der Schwerpunktbericht »Pflege« stellt die pflegerische Versorgung in Deutschland sowohl in der Pflege- wie auch in der Krankenversicherung dar. Der Berichtsstand ist dabei in der Regel das Jahr 2002. In Kapitel 1 werden die Leistungen der

Pflegeversicherung und der Kreis der Leistungsempfänger beschrieben sowie Hilfebedarfe und Krankheitshintergründe von Langzeitpflege analysiert. Die Pflege als Leistung der Krankenversicherung ist Thema des zweiten Kapitels. Im Einzelnen geht es um die häusliche Krankenpflege im ambulanten und die Krankenhauspflege im stationären Sektor. Kapitel 3 thematisiert die Qualitätssituation in der Pflege und geht auf aktuelle Qualitätsprobleme ein. In Kapitel 4 gilt das Interesse den Ausbildungs- und Berufsperspektiven, bevor in Kapitel 5 der Stand der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung in Deutschland nachgezeichnet wird. Abgerundet wird der Schwerpunktbericht durch eine Darstellung der Zukunftsherausforderungen für die Pflege in Kapitel 6.

1 Langzeitpflege

Die wachsende Zahl älterer und hochbetagter Menschen lässt das Lebensrisiko Pflegebedürftigkeit zunehmend wichtiger werden. Zentrales Element der Absicherung bei Pflegebedürftigkeit ist die soziale und private Pflegeversicherung, die im Jahr 1995 durch das Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) als eigenständige fünfte Säule der Sozialversicherung eingeführt wurde. Im Jahr 2002 waren 70,78 Mio. Personen in der sozialen Pflegeversicherung und 8,76 Mio. Personen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung abgesichert. Dies bedeutet, dass insgesamt fast 97 % der Bevölkerung Deutschlands pflegeversichert sind.

1.1 Begriff der Pflegebedürftigkeit

Nach dem PflegeVG sind Personen pflegebedürftig, wenn sie »wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen«. Demnach besteht ein Anspruch auf Leistungen, wenn ein

dauerhafter Hilfebedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens vorliegt, der auf Krankheit oder Behinderung zurückgeführt werden kann.

Der Hilfebedarf wird nach Art, Häufigkeit und zeitlichem Pflegeaufwand beurteilt. Für die Bemessung des Hilfebedarfs werden Verrichtungen des täglichen Lebens aus den Bereichen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung herangezogen. Als Hilfeleistung gilt die Unterstützung der Pflegebedürftigen bei den Verrichtungen, die teilweise oder vollständige Übernahme der Verrichtungen sowie die Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel, dass die Pflegebedürftigen die Verrichtungen selbst ausführen.

Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben alle Versicherten, die mindestens erheblich pflegebedürftig sind. Das Gesetz unterscheidet je nach vorliegendem Hilfebedarf die folgenden drei Stufen der Pflegebedürftigkeit:

- ▶ Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) liegt vor bei einem mindestens einmal täglich erforderlichen Hilfebedarf für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 1,5 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.
- ▶ Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) liegt vor bei einem mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten erforderlichen Hilfebedarf bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere

seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 3 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen müssen.

- ▶ Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) liegt vor, wenn der Hilfebedarf so groß ist, dass der konkrete Hilfebedarf jederzeit gegeben ist und Tag und Nacht anfällt (rund-um-die-Uhr). Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 5 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen müssen.

Diese Definition von Pflegebedürftigkeit stellt zentral auf die Grundpflege, also die Körperpflege, Ernährung und Mobilität, und damit auf körperliche Einschränkungen ab. Die für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen erforderlichen Hilfen können für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe nur insoweit berücksichtigt werden, als sie im unmittelbaren Zusammenhang mit den gesetzlich definierten Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens stehen. Dadurch wird der Bedarf an weiter gehenden Hilfen im Sinne einer allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung nicht berücksichtigt, mit der Folge, dass der Hilfebedarf dieses Personenkreises nur teilweise – nämlich, soweit er verrichtungsbezogen ist – Berücksichtigung findet. Angesichts der Zunahme gerontopsychiatrischer Krankheitsbilder besteht hier immer noch ein Weiterentwicklungsbedarf für den Begriff der Pflegebedürftigkeit.

1.2 Feststellung des Hilfebedarfs

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) untersucht im Rahmen eines Haus-, Kran-

kenhaus- oder Heimbereichs, ob ein Hilfebedarf bei den gesetzlich definierten Verrichtungen des täglichen Lebens besteht und wie stark dieser gegebenenfalls ausgebildet ist. Die Gutachterinnen und Gutachter des MDK prüfen darüber hinaus unter anderem die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation, der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sowie zur Entlastung der Pflegeperson im häuslichen Umfeld. Außerdem sprechen sie Empfehlungen zur Versorgung mit Hilfsmitteln aus. Auf der Basis der Empfehlungen im MDK-Gutachten stellt die Pflegekasse das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Pflegestufe fest.

Die Antragsteller, die im Jahr 2002 in die Pflegestufe I eingestuft wurden, hatten im Durchschnitt bei 6,8 von insgesamt 13 für die Begutachtung herangezogenen Verrichtungen der Grundpflege einen Hilfebedarf. In Pflegestufe II steigt er auf 8,5 Verrichtungen, um dann in Pflegestufe III auf durchschnittlich 8,1 Verrichtungen zu fallen [1]. Der Rückgang der durchschnittlichen Anzahl der Verrichtungen von Pflegestufe II zu Pflegestufe III

hängt damit zusammen, dass bei bettlägerigen und immobilen Schwerstpflegebedürftigen bestimmte Hilfebedarfe im Bereich der Mobilität nicht mehr relevant sind.

Den Tabellen 1a und 1b ist zu entnehmen, dass ein hoher Anteil der Pflegebedürftigen – und zwar über alle Pflegestufen hinweg – einen Hilfebedarf beim Waschen, Duschen/Baden, Kämmen/Rasieren, dem An- und Auskleiden sowie der mundgerechten Zubereitung der Nahrung hat. Diese Hilfebedarfe sind bereits bei einem großen Teil der Leistungsempfänger der Pflegestufe I festzustellen. Sogar die Hilfebedürftigen, die nicht als pflegebedürftig im Sinne des PflegeVG anerkannt werden, haben in mehr als 50 % der Fälle einen Hilfebedarf beim Waschen, Duschen/Baden und beim An- und Auskleiden. Kommen weitere Hilfebedarfe dazu oder erweitert sich der Hilfeumfang, kann die Leistungsgrenze der erheblichen Pflegebedürftigkeit erreicht werden.

In den höheren Pflegestufen treten bei einem hohen Anteil der Pflegebedürftigen zusätzlich Hil-

Tabelle 1a
Festgestellter Hilfebedarf in der Grundpflege 2002, gesamt
Angaben in Prozent
Quelle: MDS, Pflegeberichterstattung 2002 nach § 53a SGB XI

Hilfebedarf	nicht erheblich pflegebedürftig*	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Körperpflege				
Waschen	52,4	86,8	91,0	91,6
Duschen/Baden	63,4	71,2	53,4	31,6
Zahnpflege	13,0	63,1	89,3	91,5
Kämmen/Rasieren	20,2	67,2	83,2	83,2
Darm-/Blasenentleerung	15,8	61,2	80,0	73,4
Ernährung				
Mundgerechte Zubereitung	22,8	68,2	86,1	81,6
Aufnahme der Nahrung	8,1	24,6	58,5	86,2
Mobilität				
Aufstehen/Zu-Bett-Gehen	11,7	51,9	80,9	80,7
An-/Auskleiden	55,2	88,2	88,8	86,1
Gehen	6,7	34,8	67,7	45,8
Stehen	28,2	41,7	61,3	51,3
Treppensteigen	3,4	8,4	6,4	2,7
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung	5,8	7,8	4,9	2,7

* im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes

febedarfe bei der Darm- und Blasenentleerung, der Nahrungsaufnahme, dem Aufstehen und Zu-Bett-Gehen und beim Stehen und Gehen auf. Die Pflegestufen II und III unterscheiden sich nur wenig in bezug auf die Häufigkeit, mit der Hilfebedarf bei den einzelnen Verrichtungen festgestellt wird. Der Unterschied liegt vor allem in der Intensität des jeweiligen Hilfebedarfs – gemessen am Zeitaufwand für die Pflege – und im Vorliegen eines nächtlichen Hilfebedarfs. Lediglich bei der Aufnahme der Nahrung steigt der Hilfebedarf von Pflegestufe II auf Pflegestufe III deutlich an. Dies deutet darauf hin, dass ein umfangreicher Hilfebedarf bei der Nahrungsaufnahme häufig in die Pflegestufe III führen kann. Darüber hinaus haben fast alle Antragsteller auf Pflegeleistungen einen Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, der anhand von acht weiteren alltäglichen Verrichtungen, wie z. B. Einkaufen, Geschirrspülen oder Reinigen der Wohnung, beurteilt wird.

Der Vergleich des Hilfebedarfs in den verschiedenen Pflegestufen gibt Hinweise auf einen »typischen« Verlauf der Pflegebedürftigkeit. Häufig tritt zuerst ein Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung ein. Kommen dann später – z. B. durch ein akutes medizinisches Ereignis – Hilfebedarfe bei den grundpflegerischen Verrichtungen des täglichen Lebens hinzu, kann die Leistungsgrenze der erheblichen Pflegebedürftigkeit erreicht werden. Vielfach entsteht zuerst ein Hilfebedarf bei der Körperpflege und beim An- und Auskleiden. In den Pflegestufen II und III tritt häufig ein Hilfebedarf im Bereich der Mobilität und Nahrungsaufnahme hinzu. Dies deutet darauf hin, dass ein umfangreicher Hilfebedarf bei der Nahrungsaufnahme in die Pflegestufe III führen kann. Tabelle 1b verdeutlicht zudem, dass bei Frauen und Männern eine große Übereinstimmung in den Mustern des Hilfebedarfs und dem Verlauf der Pflegebedürftigkeit besteht.

Tabelle 1b
Festgestellter Hilfebedarf in der Grundpflege 2002, nach Geschlecht
 Angaben in Prozent
 Quelle: MDS, Pflegeberichterstattung 2002 nach § 53a SGB XI

Hilfebedarf	nicht erheblich pflegebedürftig*		Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Körperpflege								
Waschen	51,2	52,9	85,5	87,4	90,4	91,4	91,6	91,5
Duschen/Baden	61,1	64,4	72,1	70,8	53,3	53,5	30,7	32,3
Zahnpflege	17,4	11,1	64,7	62,4	89,0	89,5	91,7	91,4
Kämmen/Rasieren	25,5	18,0	72,6	64,9	87,2	81,0	87,3	80,0
Darm-/Blasenentleerung	20,0	14,1	64,6	59,7	80,6	79,8	73,6	73,3
Ernährung								
Mundgerechte Zubereitung	24,1	22,3	67,8	68,5	85,3	86,7	79,9	83,0
Aufnahme der Nahrung	8,7	7,9	23,6	25,1	58,3	58,7	87,5	85,1
Mobilität								
Aufstehen/Zu-Bett-Gehen	14,5	10,5	54,5	50,7	80,8	81,0	80,6	80,7
An-/Auskleiden	57,0	54,5	88,5	88,0	89,1	88,7	87,3	85,1
Gehen	7,1	6,5	35,2	34,6	66,9	68,4	45,0	46,4
Stehen	26,0	29,3	43,1	41,2	60,7	61,7	50,0	52,5
Treppensteigen	3,6	3,3	9,6	7,8	7,5	5,6	3,3	2,2
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung	6,6	5,5	9,7	6,8	6,4	3,8	3,7	1,7

* im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes

1.3 Ursachen der Pflegebedürftigkeit

Auskunft über die der Pflegebedürftigkeit zugrunde liegenden Krankheitsbilder erteilt die Pflegeberichterstattung der Medizinischen Dienste [1]. Wie eine Auswertung nach der ersten pflegebegründenden Diagnose gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) zeigt, konzentrieren sich über 80 % der Fälle auf die in Tabelle 2 ausgewiesenen sechs Krankheitsgruppen.

Krankheiten des Kreislaufsystems sind bei Männern mit einem Anteil von 21,8 % die häufigste pflegebegründende Diagnosegruppe. Bei Frauen stellen sie mit einem Anteil von 18,1 % die zweithäufigste Diagnosegruppe. Häufigste Einzeldiagnosen sind der Schlaganfall und die Herzinsuffizienz.

Als weitere wichtige Diagnosegruppen folgen die psychischen und Verhaltensstörungen. In 19,3 % der Fälle wird Pflegebedürftigkeit bei Frauen durch

eine psychiatrische Krankheit begründet. Die psychiatrischen Krankheiten sind damit bei Frauen die häufigste pflegebegründende Diagnose und überwiegen die Bedeutung der Kreislauferkrankungen als Ursache der Pflegebedürftigkeit. Bei den Männern stellen sie mit einem Anteil von 17,2 % die zweithäufigste Diagnosegruppe. Die häufigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen beziehen sich auf die verschiedenen Formen der Demenz.

Die unspezifischen Symptome und abnormen klinischen Befunde machen bei den Frauen einen Anteil von 17,5 % aller pflegebegründenden Diagnosen aus. Bei den Männern liegt der Anteil dieser Diagnosegruppe bei 11,9 %. Häufigste Einzeldiagnose ist hier die Senilität mit einem Anteil von rund 75 %. Diese Diagnose ist vor allem in der Gruppe der 80-Jährigen und Älteren anzutreffen.

Von Bedeutung sind weiterhin die Krankheiten des Skelett- und Muskelsystems, die Neubildungen – insbesondere durch den hohen Stellenwert im mittleren Lebensalter – sowie die

Tabelle 2
Erste pflegebegründende Diagnose bei pflegebedürftigen
Erstantragstellern und Erstantragstellerinnen im Jahr 2002, nach Alter
 Angaben in Prozent
 Quelle: MDS, Pflegeberichterstattung 2002 nach § 53a SGB XI

ICD-10 Hauptgruppe		Männer			Gesamt
		20–64 Jahre	65–79 Jahre	80 Jahre u. älter	
9	Krankheiten des Kreislaufsystems	19,1	25,3	21,2	21,8
5	Psychische und Verhaltensstörungen	15,3	15,3	18,3	17,2
2	Neubildungen	26,6	19,6	9,3	16,6
18	Symptome und abnorme klinische Befunde	2,5	5,9	23,5	11,9
6	Krankheiten des Nervensystems	15,6	12,5	7,6	11,2
13	Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	4,7	6,6	9,8	7,3
		Frauen			
		20–64 Jahre	65–79 Jahre	80 Jahre u. älter	Gesamt
5	Psychische und Verhaltensstörungen	12,8	17,8	20,7	19,3
9	Krankheiten des Kreislaufsystems	13,7	19,7	18,2	18,1
18	Symptome und abnorme klinische Befunde	2,8	7,7	24,7	17,5
13	Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	9,1	16,3	15,9	15,3
2	Neubildungen	30,6	14,5	5,1	10,0
6	Krankheiten des Kreislaufsystems	16,9	10,0	5,0	7,6

Krankheiten des Nervensystems. Häufigste Einzeldiagnosen sind die Polyarthrosen bei den orthopädischen Krankheiten und neben der Alzheimer- auch die Parkinson-Krankheit bei den Krankheiten des Nervensystems. Bei den onkologischen Krankheiten ist keine Konzentration auf Einzeldiagnosen festzustellen.

Fasst man die psychiatrischen Krankheitsbilder, die unspezifischen Symptome und die bei den Krankheiten des Nervensystems erfasste Alzheimer-Krankheit zusammen, so stellen demenzielle Erkrankungen die häufigste Ursache von Pflegebedürftigkeit dar. Ihr Anteil steigt mit zunehmendem Alter deutlich an. In der Altersgruppe der über 80-Jährigen wird Pflegebedürftigkeit in mehr als 35 % der Fälle durch eine demenzielle Erkrankung begründet.

Diese Ergebnisse lassen sich auch mit dem in der Berliner Altersstudie entwickelten Modell des Behinderungsprozesses interpretieren, das an frühere Arbeiten von Verbrugge und Jette [2] anschließt. Es erklärt das Auftreten und die Verbreitung von Pflegebedürftigkeit als Zusammenspiel von Krankheit, Funktionseinbußen und Hilfebedürftigkeit. Mit Hilfe dieses Modells lässt sich zeigen, dass körperliche Krankheit im Alter ein Risikofaktor für Funktionseinbußen, aber kein hinreichender ursächlicher Faktor für die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit ist [3].

Wesentliche Krankheitshintergründe der Funktionseinbußen im Alter sind dem Modell zufolge kardiovaskuläre und orthopädische Erkrankungen sowie Demenz und Depression. Insbesondere bei internistischen Erkrankungen kann jedoch eine erfolgreiche medikamentöse Therapie Funktionseinbußen vermeiden. Demgegenüber führen psychiatrische Erkrankungen wie Demenz und Depression häufig direkt in die Pflegebedürftigkeit. Modifizierende Faktoren sind weiter Bildung und finanzielle Ressourcen sowie die Existenz eines Lebenspartners und eines sozialen Netzwerks. Diese Faktoren tragen dazu bei, dass Funktionseinbußen nicht wirksam bzw. ausgeglichen werden [3].

1.4 Verbreitung der Pflegebedürftigkeit

Im Jahr 2002 waren 2,003 Mio. Versicherte der sozialen und privaten Pflegeversicherung als pflegebedürftig anerkannt. Setzt man diese in Relation zur Gesamtbevölkerung, so waren 2,4 % der Menschen in Deutschland pflegebedürftig. In der Verteilung der Pflegebedürftigkeit treten allerdings ausgeprägte Alters- und Geschlechtsunterschiede zutage (Tabelle 3). Bis zum Alter 55 liegt der Anteil der Pflegebedürftigen bei Frauen wie Männern unter 1 % und steigt dann bis zum Alter 65 leicht auf 1,4 % bei Frauen und 1,7 % bei Männern an. Danach nimmt die Prävalenz sprunghaft zu – bis auf 62,7 % bei 90-jährigen und älteren Frauen bzw. 37,5 % bei gleichaltrigen Männern. Die stärkere Betroffenheit der Frauen zeigt sich etwa ab dem 75. Lebensjahr und weitet sich im Altersgang sukzessive aus. Aus der Altersforschung ist bekannt,

Tabelle 3
Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung 2002, nach Alter und Geschlecht

Angaben in Prozent

Quelle: BMGS, Statistik PG 2, 2002; Verband der privaten Krankenversicherung; Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Altersgruppe	Männer	Frauen	Gesamt
unter 15	0,6	0,5	0,6
15–unter 20	0,7	0,5	0,6
20–unter 25	0,5	0,4	0,4
25–unter 30	0,5	0,4	0,4
30–unter 35	0,4	0,4	0,4
35–unter 40	0,5	0,4	0,4
40–unter 45	0,5	0,5	0,5
45–unter 50	0,6	0,6	0,6
50–unter 55	0,7	0,7	0,7
55–unter 60	1,1	1,0	1,0
60–unter 65	1,7	1,4	1,5
65–unter 70	2,8	2,4	2,6
70–unter 75	4,8	4,7	4,7
75–unter 80	8,1	9,8	9,2
80–unter 85	14,7	20,5	18,7
85–unter 90	27,7	40,7	37,4
90 und älter	37,5	62,7	57,0
Gesamt	1,6	3,2	2,4

dass Frauen zwar länger leben, aber von vielen mit dem Alter einhergehenden Erkrankungen und Funktionseinbußen stärker betroffen sind als Männer. Ob dies nur der längeren Lebenszeit geschuldet ist oder auch an sozialen Faktoren wie dem Familienstand und der Haushaltsform festgemacht werden kann, ist eine noch weitgehend offene Frage. Feststellen lässt sich aber, dass ein Großteil der Frauen im Alter alleinstehend ist und oftmals zuvor erheblichen Belastungen durch die Pflege des Partners ausgesetzt war.

Von den anerkannt Pflegebedürftigen werden 1,368 Mio. zu Hause und 0,635 Mio. in einem Pflegeheim gepflegt. Die zu Hause gepflegten Personen sind zu 56 % in die Pflegestufe I eingestuft. Der Anteil der Empfänger der Pflegestufe II liegt in der häuslichen Pflege bei 34 % und der Anteil der Pflegestufe III bei 10 % (Tabelle 4). Bei den Leistungsempfängern in stationären Pflegeeinrichtungen liegt der Anteil der Pflegestufe I bei 37,7 %, während 41,8 % auf die Pflegestufe II und 20,4 % auf die Pflegestufe III entfallen. Pflegebedürftige mit einer höheren Pflegestufe werden häufiger in einem Pflegeheim gepflegt als solche mit einer niedrigeren Pflegestufe.

Tabelle 4
Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung 2002, nach Pflegestufen

Quelle: BMGS, Statistik PG 2, 2002; Verband der privaten Krankenversicherung

Pflegeversicherungsart	Anzahl Leistungsempfänger				Leistungsempfänger in Prozent		
	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Soziale Pflegeversicherung							
Ambulante Pflege	725.993	435.924	127.235	1.289.152	56,3	33,8	9,9
Stationäre Pflege	230.383	249.600	119.834	599.817	38,4	41,6	20,0
Gesamt	956.376	685.524	247.069	1.888.969	50,6	36,3	13,1
Private Pflegeversicherung*							
Ambulante Pflege	39.968	28.638	10.201	78.807	50,7	36,3	12,9
Stationäre Pflege	9.104	15.898	9.799	34.801	26,2	45,7	28,2
Gesamt	49.072	44.536	20.000	113.608	43,2	39,2	17,6
Soziale und private Pflegeversicherung*							
Ambulante Pflege	765.961	464.562	137.436	1.367.959	56,0	34,0	10,0
Stationäre Pflege	239.487	265.498	129.633	634.618	37,7	41,8	20,4
Gesamt	1.005.448	730.060	267.069	2.002.577	50,2	36,5	13,3

* ohne 855 Pflegebedürftige, deren Einstufung (noch) nicht bekannt ist

Wie Tabelle 5 verdeutlicht, sind mehr als drei Viertel der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung 65 Jahre oder älter. Auf die Gruppe der 80-Jährigen und Älteren entfällt immerhin noch die Hälfte der Pflegebedürftigen. Mit 67,5 % stellen Frauen zwei Drittel aller Leistungsempfänger. Neben der höheren Lebenserwartung von Frauen macht sich auch bemerkbar, dass in den von Pflegebedürftigkeit stark betroffenen Altersstufen Männer infolge des Zweiten Weltkrieges deutlich unterrepräsentiert sind.

1.5 Leistungen der Pflegeversicherung

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden zum einen nach Art der Leistungen zwischen ambulanten, das heißt zu Hause in Anspruch genommenen, und stationären Leistungen unterschieden. Zum anderen variieren sie mit der Pflegestufe.

Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, können zwischen den Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes (Sachleistung) und dem Pflegegeld wählen. Entscheiden sich die Pflegebe-

Tabelle 5

Leistungsempfänger der Pflegeversicherung 2002, nach Alter und Geschlecht

Quelle: BMGS, Statistik PG 2, 2002; Verband der Privaten Krankenversicherung; eigene Berechnungen

Leistungsempfänger Altersgruppe	Anzahl			in Prozent		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
unter 20	55.851	41.258	97.109	8,6	3,1	4,8
20–unter 65	181.803	156.806	338.609	27,9	11,6	16,9
65–unter 80	221.424	330.543	551.967	34,0	24,5	27,6
80 und älter	192.399	822.493	1.014.892	29,5	60,9	50,7
Gesamt	651.477	1.351.100	2.002.577	100,0	100,0	100,0

dürftigen für die Sachleistung, können sie in der Pflegestufe I Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung bis zu einem Gesamtwert von 384 € abrufen. In der Pflegestufe II beträgt der Umfang 921 € und in der Pflegestufe III bis zu 1.432 €. Wählen Pflegebedürftige das Pflegegeld, erhalten sie in der Pflegestufe I einen Betrag von 205 €, in der Pflegestufe II von 410 € und in der Pflegestufe III von 665 €. Mit dem Pflegegeld organisieren die Pflegebedürftigen mit Hilfe ihres familiären und nachbarschaftlichen Umfeldes ihre Pflege selbst. Möglich ist auch, Sach- und Geldleistung dem gewünschten Pflegearrangement entsprechend zu kombinieren (Kombinationsleistung).

Außerdem gewährt die Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege eine Urlaubsvertretung für die Pflegeperson, Pflegehilfsmittel und technische Hilfen sowie Leistungen der sozialen Sicherung für die privat Pflegenden. Darüber hinaus kommen als Leistungen die Tages- und Nachtpflege sowie eine Kurzzeitpflege in Betracht.

Versicherte, die in einem Pflegeheim gepflegt werden, haben Anspruch auf vollstationäre Leistungen. In Pflegestufe I wird ein monatlicher Zuschuss zu den Heimkosten in Höhe von bis zu 1.023 €, in Pflegestufe II von 1.279 € und in Pflegestufe III von 1.423 € gezahlt. Dieser Zuschuss ist bestimmt für die pflegebedingten Aufwendungen, die soziale Betreuung und – im Rahmen einer

Übergangsregelung – für die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege. Für die Unterkunft und Verpflegung müssen die Pflegebedürftigen selbst aufkommen (Hotelkosten).

Seit 2002 werden für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die als pflegebedürftig anerkannt sind und zu Hause gepflegt werden, zusätzliche Leistungen der Pflegeversicherung gewährt. Mit einem jährlichen Budget von 460 € pro Pflegebedürftigem können Leistungen wie niedrigschwellige Betreuungsangebote und Betreuungsangebote von Pflegediensten in Anspruch genommen werden. Sie werden zusätzlich zu den Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege erbracht und sollen in erster Linie die Pflegepersonen entlasten. Außerdem sollen gezielt Mittel zur Förderung leicht zu erhaltender Betreuungsangebote für demenziell Erkrankte eingesetzt werden.

Das Pflegegeld ist nach wie vor die dominante Leistungsform der Pflegeversicherung, wenngleich dessen Anteil am Leistungsspektrum im Zeitraum von 1998 bis 2002 um 3,8 % auf 50,4 % zurückgegangen ist. Im gleichen Zeitraum hat der Anteil der Empfänger von Sach- oder Kombinationsleistungen von 17,2 % auf 19,1 % zugenommen. Der Anteil der Empfänger stationärer Pflegeleistungen ist ebenfalls angestiegen, und zwar von 28,6 % auf 30,5 % (Tabelle 6).

Tabelle 6

Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 2002

Anteil in Prozent aller Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung

Quelle: BMGS, Statistik PG 1, 1998 und 2002

Pflegestufe	Geldleistung	Kombileistung/Sachleistung	Stationäre Pflege (einschl. in Behinderteneinrichtungen)
Stufe I	59,2	18,0	22,7
Stufe II	44,8	20,1	35,1
Stufe III	32,3	20,5	47,3
Gesamt	50,4	19,1	30,5
z. Vgl. 1998	54,2	17,2	28,6

Anmerkung: Die Aufteilung auf die Leistungsarten erfolgte ohne Berücksichtigung der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege sowie der häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson.

In den Zahlen spiegelt sich eine leichte Trendverschiebung in Richtung professioneller und stationärer Pflege wider. Dies hängt zum einen mit den hohen Anforderungen zusammen, die eine Pflege zu Hause an die Pflegepersonen stellt und die oftmals in Überlastungssituationen münden. Zum anderen scheint die Inanspruchnahme von Sachleistungen der Pflegeversicherung heute sozial akzeptierter zu sein. Außerdem finden sich hierin Veränderungen in den Familien- und Haushaltsstrukturen. Mit steigender Pflegeintensität tritt professionelle Pflege an die Stelle der häuslichen Pflegearrangements. Ebenso spielt die Nichtverfügbarkeit von Pflegepersonen in der häuslichen Umgebung auch bei einem Wechsel in ein Pflegeheim eine entscheidende Rolle.

1.6 Angebotskapazitäten

Mit Einführung der Pflegeversicherung und den gleichzeitig wachsenden Hilfebedarfen der Pflegebedürftigen sind die Angebotskapazitäten in der Pflege, insbesondere im häuslichen Bereich, deutlich ausgebaut worden. Insbesondere wurde die ambulante Pflege auch von Privatanbietern erschlossen. Zwischen 1999 und 2001 zeigte sich eine Konsolidierungsphase. Die Anzahl der zugelassenen Pflegedienste sank in dieser Zeit von 10.820 auf 10.594. Die Zahl der zugelassenen Pflegeheime hat im gleichen Zeitraum von 8.859 auf 9.165 zugenommen.

Differenzierte Daten zur Situation in den ambulanten Pflegediensten liefert die Pflegestatistik

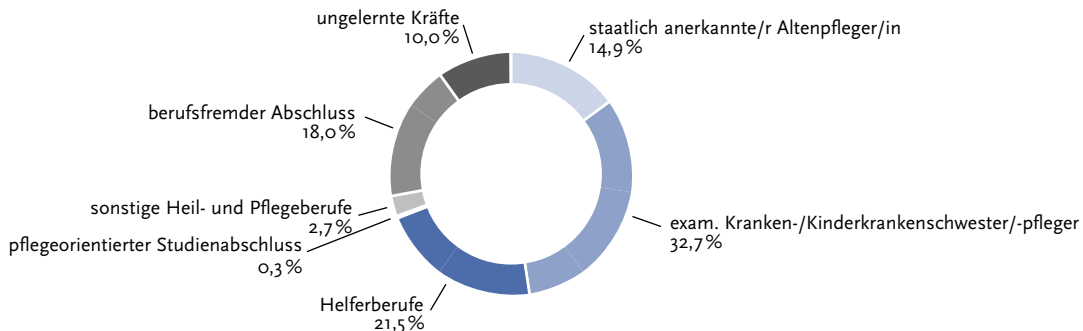
des Statistischen Bundesamtes auf der Grundlage der Daten für das Jahr 2001. Mehr als die Hälfte der ambulanten Pflegedienste befindet sich in privater Trägerschaft. Bei den verbleibenden Anbietern überwiegen freigemeinnützige Träger, während der Anteil öffentlicher Träger vergleichsweise gering ist. Auffallend ist, dass private Pflegedienste im Durchschnitt deutlich weniger Pflegebedürftige versorgen als Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft. So betreuen private Anbieter im Durchschnitt 30 Pflegebedürftige, Einrichtungen freigemeinnütziger Träger hingegen durchschnittlich 53 Pflegebedürftige.

Bei ambulanten Pflegediensten arbeiteten Ende 2001 insgesamt 189.567 Personen. Nur knapp ein Drittel war mit voller Arbeitszeit beschäftigt. Rund 45 % arbeiteten in Teilzeitarbeitsverhältnissen und knapp 20 % in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen. In Bezug auf den Berufsabschluss dominierten in der häuslichen Pflege die Krankenschwestern/-pfleger (einschl. Kinderkrankenschwestern/-pfleger) mit 32,7 % und die staatlich anerkannten Altenpfleger und Altenpflegerinnen mit 14,9 % (Abbildung 1). Weitere wichtige Gruppen waren die Pflege unterstützenden Helferberufe mit 21,5 %. Hierzu zählen in erster Linie die Helfer in der Krankenpflege. Sonstige Heil- und Pflegeberufe (z. B. Ergotherapeuten, Heilerziehungspfleger) waren mit einem Anteil von 2,7 % vertreten. Einen pflegeorientierten Studienabschluss hatten lediglich 0,3 % der Beschäftigten. Der Anteil der Beschäftigten mit einem berufsfremden Berufsabschluss lag bei 18 %; der Anteil der ungelerten Kräfte machte 10 % aus.

Abbildung 1

Personal in ambulanten Pflegediensten 2001, nach Qualifikationsgruppen und Geschlecht

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2001; eigene Berechnungen



Qualifikationsgruppe	Männer		Frauen	
	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent
staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	3.581	13,5	24.598	15,1
exam. Kranken-/Kinderkrankenschwester/-pfleger	6.331	23,8	55.698	34,2
Helferberufe	2.643	9,9	38.070	23,4
pflegeorientierter Studienabschluss	204	0,8	309	0,2
sonstige Heil- und Pflegeberufe	700	2,6	4.444	2,7
berufsfremder Abschluss	6.054	22,8	28.016	17,2
ungelernte Kräfte	7.066	26,6	11.853	7,3
Gesamt	26.579	100,0	162.988	100,0

Anmerkung: Die Prozentangaben addieren sich aufgrund von Rundungsfehlern nicht genau auf 100 %.

Die ungelerten Kräfte arbeiten häufiger im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung und seltener in der Grundpflege als Personen mit einem für den Pflegedienst qualifizierenden Berufsabschluss [4].

Der Anteil der Kranken- und Kinderkrankenschwestern ist bei Frauen höher als der entsprechende Anteil der Kranken- und Kinderkrankenschwester bei Männern (34,2 % im Vergleich zu 23,8 %). Geschlechtsunterschiede zeigen sich auch im Anteil der ungelerten Kräfte, der bei Männern mit 26,6 % gegenüber 7,3 % deutlich über dem Vergleichswert von Frauen liegt.

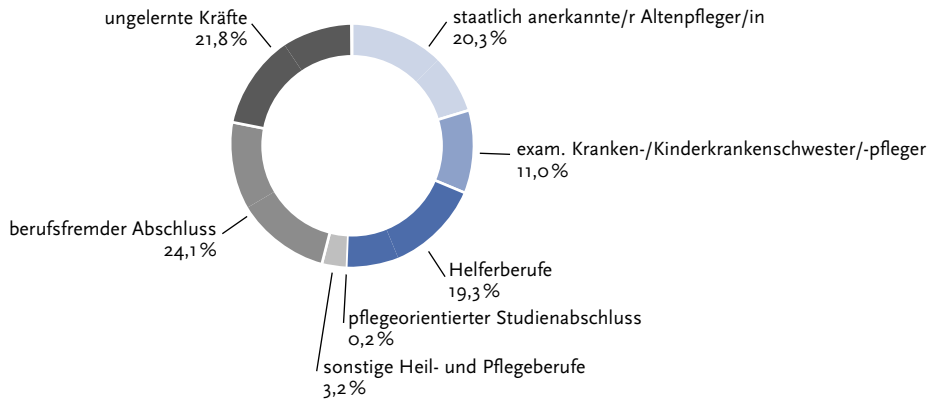
Für die Pflegestatistik 2001 wurden ferner Daten von 9.165 Pflegeheimen (mit einem Versorgungsvertrag nach SGB XI) erhoben. Bei den Pflegeheimen dominieren die freigemeinnützigen

Träger mit 5.130 Einrichtungen, gefolgt von den privaten Einrichtungen mit 3.286 und den öffentlichen Einrichtungen mit 749 Heimen. In den öffentlichen Heimen werden im Durchschnitt 84 Pflegebedürftige, in den freigemeinnützigen Heimen durchschnittlich 73 Pflegebedürftige und in den privaten Heimen durchschnittlich 50 Pflegebedürftige gepflegt. In der vollstationären Pflege sind insgesamt 658.317 Pflegeplätze verfügbar. 315.315 Pflegeplätze werden in Ein-Bett-Zimmern und 320.116 in Zwei-Bett-Zimmern angeboten. Die übrigen 22.886 Plätze verteilen sich auf Drei- und Mehr-Bett-Zimmer.

In Pflegeheimen arbeiteten Ende 2001 475.368 Beschäftigte. Ohne Berücksichtigung von Praktikanten, Auszubildenden, Zivildienstleistenden u. ä. lag die Zahl der Beschäftigten bei

Abbildung 2
Personal in stationären Pflegeeinrichtungen 2001, nach Qualifikationsgruppen und Geschlecht

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2001; eigene Berechnungen



Qualifikationsgruppe	Männer		Frauen	
	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent
staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	13.947	18,9	82.753	20,6
exam. Kranken-/Kinderkrankenschwester/-pfleger	5.169	7,0	47.290	11,8
Helferberufe	8.831	12,0	82.896	20,6
pflegeorientierter Studienabschluss	381	0,5	737	0,2
sonstige Heil- und Pflegeberufe	2.720	3,7	12.398	3,1
berufsfremder Abschluss	25.223	34,2	89.558	22,3
ungelernte Kräfte	17.457	23,7	86.008	21,4
Gesamt	73.728	100,0	401.640	100,0

Anmerkung: Die Prozentangaben addieren sich aufgrund von Rundungsfehlern nicht genau auf 100 %.

445.330. Von diesen hatten 49,2 % eine Vollzeitstelle, während 40,9 % in Teilzeitbeschäftigung arbeiteten. Weitere 10 % entfielen auf geringfügig Beschäftigte. Die wichtigsten Berufsgruppen in stationären Einrichtungen waren die Altenpfleger/-pflegerinnen mit 20,3 % und die Krankenschwestern/-pfleger mit 11 % (einschließlich Kinderkrankenschwestern/-pfleger). Die Helferberufe machten einen Anteil von 19,3 % aus. Auf sonstige Heil- und Pflegeberufe entfielen 3,2 %. Auch in der stationären Pflege war der Anteil der Mitarbeiter, die einen pflegeorientierten Studienabschluss aufweisen, mit 0,2 % sehr gering. Einen berufsfremden Berufsabschluss besaßen 24,1 % der Beschäftigten; bei weiteren 21,8 %

handelte es sich um ungelernete Kräfte (Abbildung 2). Geschlechtsunterschiede traten bei den Helferberufen (12,0 % bei Männern und 20,6 % bei Frauen) und bei den Beschäftigten mit berufsfremdem Abschluss (34,2 % im Vergleich zu 22,3 %) zutage.

Insgesamt ist festzustellen, dass sich der Pflegeberuf in den letzten Jahren als eigenständiges Berufsbild neben der Medizin etabliert hat. Diese eigenständige Rolle gilt insbesondere für die Altenpflege. In gewissem Gegensatz zu diesem veränderten Selbstverständnis steht der hohe Anteil berufsfremder bzw. ungelerner Kräfte und der geringe Anteil der Pflegefachkräfte in der stationären Pflege.

1.7 Finanzierung bei Pflegebedürftigkeit

Wesentlicher Finanzier bei Pflegebedürftigkeit ist die Pflegeversicherung. Die Mittel der sozialen Pflegeversicherung werden fast ausschließlich durch Beiträge im Umlageverfahren aufgebracht. Der Beitragssatz beträgt seit 1996 1,7% des beitragspflichtigen Einkommens. Im Jahr 2002 lagen die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung bei 17 Mrd. €. Davon entfielen ca. 16,5 Mrd. € auf die soziale Pflegeversicherung und 0,5 Mrd. € auf die private Pflegeversicherung.

Anhand Tabelle 7 wird deutlich, dass die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich angestiegen sind. Ausschlaggebend hierfür ist die wachsende Zahl der Leistungsempfänger. Darüber hinaus schlägt sich in den steigenden Ausgaben auch die zunehmende Inanspruchnahme der professionellen und stationären Pflege nieder. Bis zum Jahre 1998 lagen die Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung unterhalb der Beitragseinnahmen. In dieser Phase hat die Pflegeversicherung eine ansehnliche Finanzreserve aufgebaut. Seit 1999 übersteigen die Ausgaben die Einnahmen, was sich in einer Verringerung der

Finanzreserve niederschlägt. Im Jahr 2002 ermöglichte die Rückzahlung eines Investitionsdarlehens eine Aufstockung des Mittelbestandes auf 4,93 Mrd. €. Von dieser Finanzreserve entfallen 2,22 Mrd. € auf das Betriebsmittel- und Rücklage-soll.

Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung verteilen sich wie folgt (Abbildung 3):

- ▶ 8,00 Mrd. € (46,2% der Ausgaben) werden für Leistungen der vollstationären Pflege ausgegeben.
- ▶ 4,18 Mrd. € (24,2%) entfallen auf das Pflegegeld sowie 2,37 Mrd. € (13,7%) auf die Pflegesachleistungen im häuslichen Bereich.
- ▶ Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson machen 0,96 Mrd. € (5,5%) aus.
- ▶ Immerhin 0,59 Mrd. € (3,4%) werden für Leistungen der Urlaubs-, Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege, für zusätzliche Betreuungsleistungen sowie für vollstationäre Pflege in Behinderteneinrichtungen aufgewendet.
- ▶ Weitere 0,38 Mrd. € (2,2%) entfallen auf Pflegehilfsmittel und andere Hilfen sowie 0,84 Mrd. € (4,8%) auf Verwaltungskosten einschließlich des Medizinischen Dienstes.

Tabelle 7

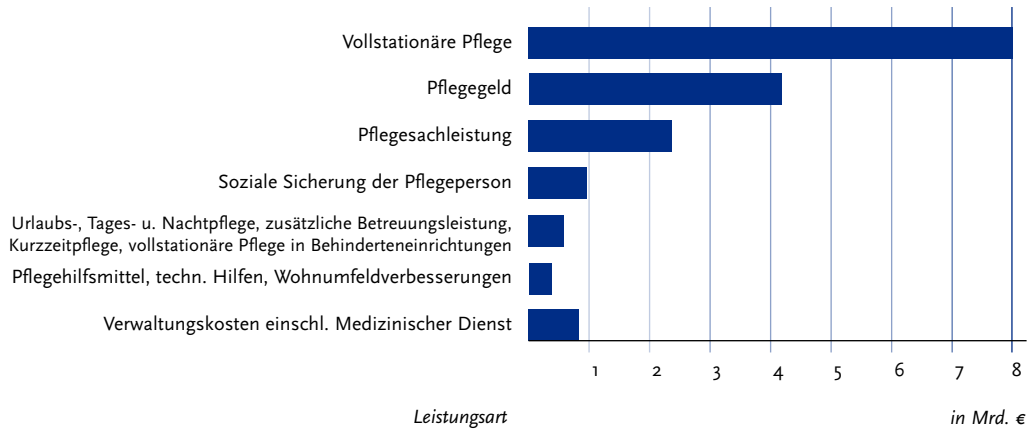
Finanzentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung 1995–2002

Angaben in Mrd. €

Quelle: BMGS, Statistik PV 45, Jg. 1995–2002

Finanzentwicklung	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Einnahmen								
Beitragseinnahmen	8,31	11,90	15,77	15,80	16,13	16,31	16,56	16,76
Einnahmen insgesamt	8,41	12,04	15,94	16,00	16,32	16,55	16,81	16,98
Ausgaben								
Leistungsausgaben	4,42	10,25	14,34	15,07	15,55	15,86	16,03	16,47
Ausgaben insgesamt	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36
Liquidität								
Überschuss der Einnahmen	3,44	1,18	0,80	0,13				
Überschuss der Ausgaben					0,03	0,13	0,06	0,38
Investitionsdarlehen an den Bund	-0,56							+0,56
Mittelbestand am Jahresende	2,87	4,05	4,86	4,99	4,95	4,82	4,76	4,93
davon: gesetzliche Finanzreserve	1,10	2,05	1,93	2,03	2,06	2,15	2,18	2,22
freie Finanzreserve	1,77	2,00	2,93	2,96	2,89	2,67	2,58	2,71

Abbildung 3
Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung 2002, nach Leistungsarten
 Gesamtausgaben 17,3 Mrd. €
 Quelle: BMGS, Statistik PV 45, 2002



Die Pflegeversicherung ist von ihrer Konzeption her als Grundsicherung angelegt. Dies bedeutet, dass neben den Leistungen der Pflegeversicherung eigene Leistungen des Pflegebedürftigen bzw. der Angehörigen zu erbringen sind. Ist der Pflegebedürftige zu solchen Leistungen nicht in der Lage oder reichen seine Mittel dazu nicht aus, so greifen subsidiär Leistungen der Sozialhilfe. Diese fängt jene Kosten auf, die nicht durch die Pflegeversicherung, eigene Mittel und Leistungen Dritter (z. B. Unterhaltspflichtiger) gedeckt werden, und erbringt gegebenenfalls Leistungen unterhalb der Grenze der erheblichen Pflegebedürftigkeit.

Nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 sind die Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege bis 2002 von 8,9 auf ungefähr 2,9 Mrd. € gesunken (Tabellen 8-1a und 8-1b). Gleichzeitig hat auch die Zahl der Sozialhilfeempfänger abgenommen. Im Jahr 1995 erhielten 213.936 Personen im häuslichen Bereich Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege. Ihre Zahl ging im Jahr

2002 auf 85.779 zurück. In diesen Zahlen sind auch nichtversicherte Pflegebedürftige und Hilfebedürftige unterhalb der Pflegestufe I enthalten. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung weist in seinen Statistiken die Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung zum Stichtag 31.12. eines Jahres aus. Um den Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege unter diesen Leistungsempfängern abschätzen zu können, sind die Zahlen der Sozialhilfeempfänger zu diesem Stichtag maßgeblich (Tabellen 8-2a und 8-2b). Die Zahl der Hilfe-zur-Pflege-Empfänger im häuslichen Bereich lag Ende 1995 bei 85.092 Personen und verringerte sich auf 59.801 Ende 2002; im voll- bzw. teilstationären Bereich ging sie von 288.199 auf 186.591 zurück.

Neben den Leistungen der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe werden nicht unerhebliche Mittel von den Pflegebedürftigen selbst und von deren Angehörigen aufgebracht. Hierzu sind jedoch keine validen Daten verfügbar.

Tabelle 8-1a

Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe 1995–2002, gesamt

Ausgaben (brutto) und Empfänger im lfd. Jahr (einschließlich Mehrfachzählungen)

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2.2; Statistik der Sozialhilfe, Jg. 1995–2002

Jahr	Ausgaben in Mrd. €	Ambulant	Stationär	Gesamt
1995	8,93	213.936	364.773	573.636
1996	7,10	94.537	332.823	426.365
1997	3,50	87.539	241.586	328.280
1998	3,00	85.387	204.882	289.299
1999	2,90	81.941	228.886	309.713
2000	2,88	79.558	245.680	324.144
2001	2,90	83.277	249.462	331.520
2002	2,94	85.779	228.789	313.190

Tabelle 8-1b

Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe 1995–2002, nach Geschlecht

Empfänger im lfd. Jahr (einschließlich Mehrfachzählungen)

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2.2; Statistik der Sozialhilfe, Jg. 1995–2002

Jahr	Ambulant		Stationär		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1995	82.738	131.198	90.089	274.684	171.441	402.195
1996	34.253	60.284	83.053	249.770	117.045	309.320
1997	30.997	56.542	63.876	177.710	94.650	233.630
1998	30.810	54.577	56.856	148.026	87.404	201.895
1999	31.232	50.709	60.606	168.280	91.536	218.177
2000	29.363	50.195	64.715	180.965	93.790	230.354
2001	31.005	52.272	66.070	183.392	96.746	234.774
2002	32.363	53.416	62.656	166.133	94.597	218.593

1.8 Zwischenfazit

Seit ihrer Einführung im Jahr 1995 hat die Pflegeversicherung zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung von Pflegebedürftigen geführt. Dies gilt insbesondere für die Absicherung des Pflegefalls im häuslichen Bereich. Durch die Einführung des Pflegegeldes wird die Angehörigen- und Nachbarschaftspflege anerkannt und gefördert, während durch die Pflegesachleistung die Pflegebedürftigen und ihr familiäres Umfeld direkt unterstützt bzw. entlastet werden. Darüber hinaus ist durch die Urlaubs-, Tages-, Nacht- und

Kurzzeitpflege ein Leistungsangebot etabliert worden, das die häusliche Pflege erleichtert. Die Pflegeversicherung ist mit einem Ausgabenvolumen von über 17 Mrd. € zum bedeutendsten Finanzier von Pflegeleistungen geworden.

Trotz dieser unbestreitbaren Erfolge der Pflegeversicherung sind auch Probleme und offene Fragen zu konstatieren. Ein wesentlicher Kritikpunkt an der Pflegeversicherung ist die unzureichende Berücksichtigung der gerontopsychiatrischen Hilfebedarfe bei der Bemessung von Pflegebedürftigkeit. So wird der allgemeine Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf von Men-

Tabelle 8-2a

Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe 1995–2002, gesamt

Empfänger am Ende des Jahres (einschließlich Mehrfachzählungen)

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2.2; Statistik der Sozialhilfe, Jg. 1995–2002

Jahr	Ambulant	Stationär	Gesamt
1995*	85.092	288.199	372.828
1996	66.387	219.136	285.340
1997	64.396	186.672	250.911
1998	62.202	160.238	222.231
1999	56.616	190.868	247.333
2000	58.797	202.734	261.404
2001	60.514	195.531	255.883
2002	59.801	186.591	246.212

* es fehlen die Angaben von Bremen

Tabelle 8-2b

Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe 1995–2002, nach Geschlecht

Empfänger am Ende des Jahres (einschließlich Mehrfachzählungen)

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2.2; Statistik der Sozialhilfe, Jg. 1995–2002

Jahr	Ambulant		Stationär		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1995*	32.388	52.704	71.467	216.732	103.611	269.217
1996	24.201	42.186	56.709	162.427	80.827	204.513
1997	23.497	40.899	50.259	136.413	73.709	177.202
1998	23.182	39.020	44.996	115.242	68.108	154.123
1999	21.453	35.163	50.377	140.491	71.789	175.544
2000	22.268	36.529	53.217	149.517	75.451	185.953
2001	23.064	37.450	52.572	142.959	75.591	180.292
2002	22.965	36.836	51.078	135.513	73.977	172.235

* es fehlen die Angaben von Bremen

schen mit demenziellen Erkrankungen für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht berücksichtigt. Erforderliche Hilfen können für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit demenziell erkrankter Menschen nur insoweit berücksichtigt werden, als sie im unmittelbaren Zusammenhang mit den gesetzlich definierten Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens stehen. Mit dem Pflege-Leistungsergänzungsgesetz hat der Gesetzgeber erste kompensierende Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz eingeführt. Ein weiterer Ausbau wird von vielen Fachleuten für sinnvoll erachtet.

Optimierungsbedarf zeigt sich auch an der Schnittstelle zwischen Rehabilitation im Vorfeld und bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit und den Leistungen der Pflegeversicherung. Experten beklagen, dass die Möglichkeiten der Rehabilitation und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit nur unzureichend genutzt werden. Die dargestellten Probleme und offenen Fragen der Pflegeversicherung bilden den Ausgangspunkt für die gegenwärtige Diskussion um die Reform der Pflegeversicherung. Diese Reformdiskussion zielt darauf, die Pflegeversicherung auch in Zukunft auf die Herausforderungen in der Pflege einzustellen.

2 Pflege bei Krankheit

Pflegerische Leistungen erhalten Versicherte nicht nur bei Pflegebedürftigkeit, sondern auch im Krankheitsfall. Leistungsträger ist dann die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Zur Pflege bei Krankheit gehört die häusliche Krankenpflege im ambulanten Bereich sowie die Krankenhauspflege im stationären Bereich.

2.1 Häusliche Krankenpflege

In Bezug auf die häusliche Krankenpflege ist gemäß der jeweiligen Zielsetzung zwischen der Sicherungspflege und der Krankenhausvermeidungspflege zu unterscheiden. Bei der Sicherungspflege erhalten Versicherte in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie häusliche Krankenpflege, um das Ziel einer ärztlichen Behandlung zu sichern. Dies kann zum Beispiel bei einem Patienten mit Diabetes und gleichzeitiger Parkinsonscher Erkrankung notwendig sein, wenn dieser aufgrund einer Einschränkung der Sehfähigkeit wie auch der Grob- und Feinmotorik nicht in der Lage ist, die Insulininjektion zu dosieren, aufzuziehen und fachgerecht auszuführen.

Bei der Krankenhausvermeidungspflege erhalten Versicherte häusliche Krankenpflege, wenn eine an sich gebotene Krankenhausbehandlung nicht ausführbar ist oder wenn dadurch die Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann. Gründe für eine nicht ausführbare Krankenhausbehandlung können z. B. die fehlende Transportfähigkeit des Versicherten, die fehlende Bereitschaft, sich einer Krankenhausbehandlung zu unterziehen, oder in seltenen Fällen auch das Fehlen einer geeigneten Einrichtung sein.

2.1.1 Leistungen

Lange Zeit bestanden in den einzelnen Bundesländern und zum Teil sogar in einzelnen Regionen unterschiedliche Auffassungen darüber, welche Leistungen zur häuslichen Krankenpflege gehören und welcher Leistungsart diese zuzuordnen sind. Seit dem Jahr 2000 liegen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

für die Verordnung häuslicher Krankenpflege vor, die auch ein Verzeichnis verordnungsfähiger Leistungen umfassen. Aus diesem können die behandelnden Ärzte die erforderlichen Leistungen auswählen. Das Verzeichnis ist unterteilt in die Bereiche Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

Die Behandlungspflege umfasst u. a.:

- ▶ Blutzucker- und Blutdruckmessungen
- ▶ Wundversorgung und Verbandwechsel
- ▶ Richten und Verabreichen von Medikamenten (z. B. Tabletten, Spritzen unter die Haut und in den Muskel)
- ▶ Pflege und Versorgung von Zugängen (Drainagen, Venenkatheter, Luftröhrenkanülen, künstliche Darmausgänge)
- ▶ Absaugen der oberen Luftwege und Bedienen/Überwachen von Beatmungsgeräten.

Die Grundpflege umfasst u. a.:

- ▶ Hilfen bei der Ausscheidung (z. B. Verwendung und Wechsel von Inkontinenzprodukten, Reinigung des Katheters, Wechsel des Katheterbeutel)
- ▶ Hilfen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr (z. B. Anreichen von Nahrung und Flüssigkeit über den Mund, Gabe von Nahrung und Flüssigkeit über eine Magensonde)
- ▶ Hilfen bei der Körperpflege (z. B. Duschen, Baden, Waschen).

Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst u. a.:

- ▶ Einkaufen
- ▶ Geschirrspülen
- ▶ Wäschepflege
- ▶ Reinigen der Wohnung.

Gerade durch die unterstützenden Leistungen der Behandlungspflege wird es in der ambulanten Versorgung oft erst möglich, die medizinische Behandlung sicherzustellen. Ohne dieses wichtige Versorgungsangebot wäre in vielen Fällen eine ambulante Versorgung kaum möglich. Insofern ist auch eine Abgrenzung zwischen der Krankenhausvermeidungspflege und der Sicherungspflege in der Versorgungsrealität nur schwer leistbar.

2.1.2 Verordnung der Leistungen

Voraussetzung der häuslichen Krankenpflege ist die Verordnung durch den behandelnden Arzt. Die Verordnung muss allerdings durch die zuständige Krankenkasse genehmigt werden (Genehmigungsvorbehalt). Ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, wenn keine andere im Haushalt lebende Person den Kranken im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Daher muss in jedem Einzelfall geprüft werden, ob diese Voraussetzung vorliegt.

Bei der Sicherungspflege sind ausschließlich Maßnahmen der Behandlungspflege verordnungsfähig; diese sind eine Regelleistung der Krankenkasse. Die Krankenkassen können zwar zudem Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als so genannte Satzungsleistungen anbieten, der überwiegende Teil der Krankenkassen sieht dies jedoch nicht vor. Bei bestehender Pflegebedürftigkeit sind diese Satzungsleistungen ohnehin nicht zulässig.

Zum Leistungsspektrum der Krankenhausvermeidungspflege gehören sowohl die Behandlungspflege als auch die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Ein Anspruch auf Krankenhausvermeidungspflege besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. Die Krankenkasse kann die Vermeidungspflege nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst auch für einen längeren Zeitraum bewilligen.

Die Leistungen der Krankenhausvermeidungspflege haben zwar eine andere Zielsetzung als die der Pflegeversicherung, dennoch überschneiden sie sich teilweise. Um Doppelleistungen zu vermeiden, ruhen die Sachleistungen der Pflegeversicherung für die Zeit der Vermeidungspflege, wenn diese auch Maßnahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung umfasst.

Darüber hinaus können zu allen verordnungsfähigen Maßnahmen auch spezifische Anleitungen verordnet werden. Damit können Versicherte und ihre Angehörigen durch einen Pflegedienst bei der Durchführung bestimmter Maßnahmen angeleitet und geschult werden. Ziel ist stets, die Selbstständigkeit der Versicherten und ihrer Angehörigen zu fördern. Bei allen Leistungen ist zudem die Vorbeugung (z. B. gegen Gelenkversteifungen, Wundliegen, Lungenentzün-

dung, Verstopfung) integraler Bestandteil der verordneten Maßnahmen.

2.1.3 Leistungserbringer

Pflegedienste, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen wollen, schließen einen Vertrag mit den Krankenkassen vor Ort ab. In diesen Verträgen werden die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege sowie die Preise und die Abrechnungsmodalitäten geregelt.

In der Regel haben die Pflegedienste, die häusliche Krankenpflege erbringen, auch einen Versorgungsvertrag für Leistungen der Pflegeversicherung, so dass die Leistungen der Pflegeversicherung sowie die erforderliche häusliche Krankenpflege aus einer Hand erbracht werden. Daraus erklärt sich auch der mit knapp 50 % relativ hohe Fachkräfteanteil der Pflegedienste. Denn während Leistungen der Pflegeversicherung in vielen Fallkonstellationen auch von Hilfskräften unter der Steuerung von Pflegefachkräften durchgeführt werden können, müssen die behandlungspflegerischen Leistungen oft durch Fachkräfte erbracht werden.

Aufgrund der engen leistungsrechtlichen Vorgaben ist es für spezialisierte Pflegedienste (z. B. Intensivpflege, onkologische Pflege, Kinderpflege, AIDS-Pflege, palliative Pflege, psychiatrische Pflege) allerdings oft schwierig, auf das jeweilige Klientel zugeschnittene Leistungsangebote anzubieten. Für die psychiatrische Krankenpflege wurde dieser Mangel erkannt, und es wird an einer Erweiterung des Leistungskataloges der Richtlinien um solche spezifischen Leistungen gearbeitet.

2.1.4 Leistungsfälle und Leistungsausgaben

Im Jahr 2002 haben die gesetzlichen Krankenkassen insgesamt ca. 1,677 Mrd. € für etwa 1,882 Mio. Leistungsfälle der häuslichen Krankenpflege ausgegeben. Ein Leistungsfall dauerte im Mittel bei Sicherungspflege 72 Tage und bei Krankenhausvermeidungspflege 15 Tage. Die Fallkosten für die Sicherungspflege beliefen sich auf durchschnittlich 895 €, für die Krankenhausvermeidungspflege auf 700 €. Auf die häusliche Krankenpflege entfielen damit rund 1,2 % der Gesamtausgaben der GKV.

Die Leistungsfälle der Krankenhausvermeidungspflege waren zwischen 1992 und 2002 deutlichen Schwankungen unterworfen. Lagen sie im Jahr 1992 bei über 270.000 Fällen, so erreichten sie ihren Höhepunkt im Jahr 1995 mit fast 400.000 Leistungsfällen. Seit 1995 – also seit Einführung der Pflegeversicherung – ist ein kontinuierlicher Rückgang der Leistungsfälle für Vermeidungspflege bis auf knapp 40.000 Fälle im Jahr 2002 zu verzeichnen (Tabellen 9a und 9b).

Entsprechend sind auch die Leistungsausgaben für die Krankenhausvermeidungspflege zwischen 1992 und 1995 von ca. 220 Mio. € auf 358 Mio. € gestiegen, um dann bis 2002 auf knapp 28 Mio. € zu fallen. Vieles deutet somit darauf hin, dass die Krankenhausvermeidungspflege vor Einführung der Pflegeversicherung im Wesentlichen dazu genutzt wurde, leistungsrechtliche Versorgungslücken durch eine großzügige Nutzung des Entscheidungsspielraums der Krankenkassen zu kompensieren.

Tabelle 9a
Krankenhausvermeidungspflege 1992–2002, Leistungsfälle gesamt
Quelle: BMGS, Statistiken KG 2 und KJ 1, Jg. 1992–2002

Jahr	Fälle gesamt	Prozent z. Vorjahr	Ausgaben in Mio. €	Prozent z. Vorjahr
1992	270.595	-12,5	219,8	3,1
1993	275.523	1,8	253,6	15,4
1994	348.046	26,3	328,7	29,6
1995	397.901	14,3	358,1	8,9
1996	377.853	-5,0	306,4	-14,4
1997	275.352	-27,1	170,4	-44,4
1998	211.053	-23,4	125,5	-26,3
1999	173.094	-18,0	100,8	-19,7
2000	127.451	-26,4	64,7	-35,8
2001	59.558	-53,3	36,8	-43,1
2002	39.843	-33,1	27,9	-24,2

Tabelle 9b
Krankenhausvermeidungspflege 1992–2002, Leistungsfälle nach Geschlecht
Quelle: BMGS, Statistiken KG 2 und KJ 1, Jg. 1992–2002

Jahr	Männer	Prozent z. Vorjahr	Frauen	Prozent z. Vorjahr
1992	75.010	-13,5	195.585	-12,0
1993	77.635	3,5	197.888	1,2
1994	99.408	28,0	248.638	25,6
1995	111.322	12,0	286.579	15,3
1996	104.093	-6,5	273.760	-4,5
1997	76.979	-26,0	198.373	-27,5
1998	59.171	-23,1	151.882	-23,4
1999	48.224	-18,5	124.870	-17,8
2000	35.118	-27,2	92.333	-26,1
2001	17.041	-51,5	42.547	-53,9
2002	11.792	-30,8	28.051	-34,1

Bei der Sicherungspflege haben die Leistungsfälle – mit einer Ausnahme – zwischen 1992 und 2000 permanent zugenommen. Mit dem Inkrafttreten der Richtlinien zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege am 14. Mai 2000 wurde diese Entwicklung zunächst aufgehalten und sogar umgekehrt. So gab es im Jahr 2001 noch 1.710.000 Leistungsfälle, was einem Rückgang von 15,5 % gegenüber dem Vorjahr gleichkam. Verantwortlich hierfür könnte ein Steuerungs-

effekt der Richtlinien zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege gewesen sein. Im Jahr 2002 sind die Leistungsfälle allerdings wieder leicht angestiegen (Tabellen 10a und 10b).

Der zu beobachtende Rückgang der Leistungsfälle spiegelte sich nicht in den Leistungsausgaben für die Sicherungspflege wider. Die Ausgaben haben mit wenigen Ausnahmen Jahr für Jahr zugenommen. Im Jahr 2002 lagen sie bei rund 1,649 Mrd. €.

Tabelle 10a

Sicherungspflege 1992–2002, Leistungsfälle gesamt

Quelle: BMGS, Statistiken KG 2 und KJ 1, Jg. 1992–2002

Jahr	Fälle gesamt	Prozent z. Vorjahr	Ausgaben in Mio. €	Prozent z. Vorjahr
1992	1.078.688	61,5	642,1	55,7
1993	1.179.472	9,3	848,2	32,1
1994	1.336.147	13,3	1.078,7	27,2
1995	1.623.698	21,5	1.343,9	24,6
1996	1.747.694	7,6	1.577,1	17,4
1997	1.861.466	6,5	1.494,2	-5,3
1998	1.683.611	-9,6	1.457,1	-2,5
1999	1.849.634	9,9	1.511,9	3,8
2000	2.025.469	9,5	1.526,4	1,0
2001	1.710.949	-15,5	1.587,3	4,0
2002	1.842.255	7,7	1.648,7	3,9

Tabelle 10b

Sicherungspflege 1992–2002, Leistungsfälle nach Geschlecht

Quelle: BMGS, Statistiken KG 2 und KJ 1, Jg. 1992–2002

Jahr	Männer	Prozent z. Vorjahr	Frauen	Prozent z. Vorjahr
1992	270.930	58,3	807.758	55,7
1993	298.327	10,1	881.145	9,1
1994	357.470	19,8	978.677	11,1
1995	422.778	18,3	1.200.920	22,7
1996	471.236	11,5	1.276.458	6,3
1997	507.905	7,8	1.353.561	6,0
1998	478.592	-5,8	1.205.019	-11,0
1999	527.423	10,2	1.322.211	9,7
2000	572.547	8,6	1.452.922	9,9
2001	480.139	-16,1	1.230.810	-15,3
2002	520.409	8,4	1.321.846	7,4

Die Sicherungspflege ist damit anders als die Krankenhausvermeidungspflege nur in geringem Maße von der Einführung der Pflegeversicherung beeinflusst worden. Der Hauptgrund hierfür ist, dass die Sicherungspflege ganz überwiegend die Behandlungspflege umfasst und im Rahmen der Pflegeversicherung keine Leistungen der Behandlungspflege in Anspruch genommen werden können.

2.1.5 Entwicklung der häuslichen Krankenpflege

Es ist damit zu rechnen, dass die Bedeutung der häuslichen Krankenpflege für die ambulante Versorgung in Zukunft zunimmt, u. a. weil die Zahl der hochbetagten und multimorbiden Menschen aller Voraussicht nach weiter ansteigt und dem Verbleiben in der gewohnten Umgebung ein immer höherer Stellenwert beigemessen wird. Außerdem erhöhen die sinkenden Verweildauern im Krankenhaus den Bedarf an häuslicher Krankenpflege. Diese Entwicklung könnte sich im Zuge der Einführung eines pauschalierten Abrechnungssystems im stationären Bereich auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRGs) noch verstärken [5].

2.2 Pflege im Krankenhaus

Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die bei entsprechenden Erkrankungen für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind. Dazu gehören neben der ärztlichen Behandlung, der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie der Unterkunft und Verpflegung auch die Krankenpflege. Das Nebeneinander von ärztlichen und pflegerischen Leistungen ist ein zentrales Charakteristikum der Krankenhausbehandlung.

Für die Feststellung von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit sind medizinische Gründe ausschlaggebend. Eine Krankenhausbehandlung ist erforderlich, wenn die medizinisch-pflegerische Versorgung des Patienten nur durch die besonderen Mittel eines Krankenhauses (apparative Ausstattung, Anwesenheit und Rufbereitschaft des Arztes, qualifiziertes Krankenpflegepersonal) gewährleistet werden kann.

Die Entscheidung für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung unterliegt dem Prinzip »ambulant vor stationär«: Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Von allen Krankenhausleistungen hat die vollstationäre Behandlung nach wie vor die größte Bedeutung. Die teilstationäre, vor- und nachstationäre sowie ambulante Versorgung nimmt aber einen zunehmend höheren Stellenwert im Rahmen der Behandlung und Pflege im Krankenhaus ein.

2.2.1 Leistungen

Krankenhausbehandlung und damit auch Krankenhauspflege findet statt bei:

- ▶ akuten körperlichen oder psychischen Krankheiten
- ▶ chronischen Krankheiten in Phasen der Dekompensation sowie
- ▶ Unfallereignissen.

Pflegebedarf im Krankenhaus kann darüber hinaus aus invasiven diagnostischen und therapeutischen Interventionen resultieren. Ziel der Pflege ist immer die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Selbstständigkeit, unabhängig davon, ob der Anlass der Krankenhausbehandlung eine akute oder chronische Erkrankung oder ein Unfall ist. Aus diesem Grunde sollte Pflege im Krankenhaus aktivierend angelegt sein und rehabilitative und therapeutische Elemente umfassen.

Anders als im ambulanten Bereich oder in der stationären Langzeitpflege ist das pflegerische Handeln von der im Krankenhaus dominierenden Berufsgruppe der Ärzte beeinflusst und abhängig. Pflegerische Maßnahmen können differenziert werden in direkte und indirekte Pflege [6].

Im Krankenhaus umfasst die direkte Pflege alle Maßnahmen, die professionell Pflegenden weitgehend selbstständig planen, durchführen und beurteilen. Allerdings können ärztliche Entscheidungen auch in den Bereich der direkten Pflege hineinreichen, wenn dies aus medizinischer Sicht

erforderlich ist. Zur direkten Pflege im Krankenhaus gehören Hilfen bei der Körperpflege, der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, der Ausscheidung, der Mobilität sowie der Kommunikation.

Indirekte Pflege umfasst u. a. Aufgaben ärztlicher Assistenz sowie Aktivitäten der Organisation und Dokumentation. Diese indirekten pflegerischen Aufgaben nehmen im Krankenhaus einen großen Raum ein. Im Rahmen der Akutversorgung kommt den professionell Pflegenden z. B. die Aufgabe der Unterstützung und Überwachung der Vitalfunktionen (Bewusstsein, Kreislauf, Atmung) zu. Vitalfunktionen geben Hinweise auf den Status der Krankheit und auf mögliche Verlaufsrichtungen. Komplikationen können hierdurch frühzeitig erkannt, verhindert oder in ihren Auswirkungen abgemildert werden. Pflegehandeln im Krankenhaus ist bei akuten Pflegeanlässen notwendigerweise technikintensiv. Aufgrund der Kontinuität in der Betreuung der Patienten übernehmen Pflegende auch bei der Überwachung der Wirkungen von Medikamenten und anderer therapeutischer Interventionen eine wichtige Funktion.

Darüber hinaus erfüllen professionell Pflegende mit entsprechenden Weiterbildungen wichtige Aufgaben in hochspezialisierten Tätigkeitsfeldern, wie z. B.:

- ▶ EKG-Abteilung – Ableiten von Elektrokardiogrammen (EKG) bis hin zur Assistenz bei invasiven diagnostischen und therapeutischen Eingriffen (z. B. Herzkatheteruntersuchungen)
- ▶ Gastroenterologische Funktionsabteilung – Assistenz u. a. bei Speiseröhren-, Magen- und Darmspiegelungen
- ▶ Intensiv-Station – u. a. Assistenz und selbstständige Überwachung bei lebensrettenden und lebenserhaltenden Maßnahmen, Beatmung, Monitoring, Infusionstherapie, Assistenz bei invasiven internistischen und chirurgischen Untersuchungen und Behandlungen
- ▶ Chirurgische Ambulanz – u. a. Assistenz bei chirurgischer Erstversorgung, kleineren chirurgischen Eingriffen sowie selbstständige Durchführung von Wundbehandlungen und Verbänden nach ärztlicher Anordnung
- ▶ Anästhesie – u. a. Assistenz bei der OP-Einleitung, der Narkoseführung sowie der OP-Ausleitung

- ▶ OP-Assistenz bei chirurgischen Eingriffen u. a. durch Lagerung des Patienten und Anreichen des OP-Bestecks.

Ein Krankenhausaufenthalt ist für den Patienten in aller Regel ein einschneidendes, belastendes Ereignis, das mit Stress verbunden ist. Ein wesentliches Element der Krankenpflege ist daher die Kommunikation. Dies gilt für alle Bereiche der Pflege. Pflegende sind oft Bindeglied zwischen dem Patienten, Ärzten und anderen behandelnden Professionen im Krankenhaus. Sie vermitteln patientengerechte Informationen, sie helfen bei der Bewältigung von Ängsten, sie beraten und leiten an und leisten so einen entscheidenden Beitrag zur Stressbewältigung. Die Kommunikation bezieht auch die Bezugspersonen (Angehörige, Freunde, Nachbarn) der Patienten mit ein.

2.2.2 Entlassungsmanagement und Patientenberatung

Neben diesen »klassischen« Aufgaben der Krankenhauspflege differenzieren sich weitere pflegerische Handlungsfelder heraus, die vor allem auf die Vernetzung mit dem ambulanten Bereich orientiert sind. Hier sind das Entlassungsmanagement sowie die Beratung und Schulung von Patienten und Angehörigen zu nennen.

Um dem Verweildauerrückgang und den damit einhergehenden Herausforderungen für die Versorgung zu begegnen, ist die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus systematisch zu planen. Hauptziel ist dabei die zeitliche, institutionelle und professionsbezogene Sicherung der Versorgungskontinuität. Damit sollen psychische und physische Belastungen der Betroffenen gemindert und unnötige Kosten für das Gesundheitssystem vermieden werden. Inzwischen liegt ein nationaler Expertenstandard »Entlassungsmanagement« des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege vor.

Zu einer sorgfältigen Vorbereitung der Entlassung aus dem Krankenhaus gehört auch die Beratung und Schulung der Patienten und ihrer Angehörigen. Die vorhandenen Beratungsangebote reichen von Pflegekursen für Angehörige, der Wissensvermittlung über den Umgang mit chronischen Krankheiten (z. B. Diabetes oder Herz-

erkrankungen) bis hin zu Beratungen über Versorgungs- und Dienstleistungsangebote der häuslichen Pflege.

2.2.3 Leistungserbringer und Leistungsausgaben

Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen. Zugelassene Krankenhäuser sind:

- ▶ Hochschulkliniken
- ▶ Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) oder
- ▶ Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossen haben.

Wie aus Tabelle 11 ersichtlich, unterlagen die Krankenhäuser im Zeitraum seit 1991 deutlichen Veränderungen. So ist die Anzahl der Krankenhäuser und der Krankenhausbetten, die durchschnittliche Verweildauer sowie die Gesamtanzahl der Pfl egetage zurückgegangen, während die Anzahl der jährlich behandelten Patienten (Fallzahl) um etwa 19 % zugenommen hat. Im internationalen Vergleich besteht in Deutschland allerdings immer noch eine relativ hohe Krankenhausdichte und eine relativ lange Krankenhausverweildauer.

Die Entwicklung der einzelnen Beschäftigungsgruppen in den Kliniken ist unterschiedlich verlaufen. Während die Anzahl der Ärzte von Jahr zu Jahr gestiegen ist, hat das nichtärztliche Personal langsam aber kontinuierlich abgenommen. Dies gilt auch für die Mitarbeiter in der Pflege. Rechnet man alle Berufe mit ein, die mehr oder weniger nah an der Ausführung von Pflegeleistungen direkter oder indirekter Art beteiligt sind, so stehen den 110.000 Ärzten etwa 456.000 pfl e-

Tabelle 11
Krankenhausdaten im Überblick 1991/2001

Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft, Daten Zahlen Fakten 2002; Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.3, Kostennachweis der Krankenhäuser 2001

Krankenhausdaten	1991	2001	Veränderung in Prozent
Anzahl Krankenhäuser	2.411	2.240	-7,1
Aufgestellte Betten	665.565	552.680	-17,0
Durchschnittliche Verweildauertage	14,6	9,8	-32,9
Pflegetage	203.551.823	162.795.299	-20,0
Fallzahl	13.924.907	16.583.906	19,1

Tabelle 12
Pflegekräfte im Krankenhaus 2001*, nach Geschlecht

Angaben in Tsd.
Quelle: Statistisches Bundesamt, Gesundheitspersonalrechnung 2003

Pflegekräfte im Krankenhaus	Gesamt**	Männer	Frauen
Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen/Entbindungshelfer	380	59	321
Helfer/in in der Krankenpflege	36	8	29
Altenpfleger/in	15	3	12
Arzt-/Zahnarztshelfer/in	25	<1	24
Gesamt	456	70	386
zum Vergleich Ärzte/Ärztinnen	110	74	37

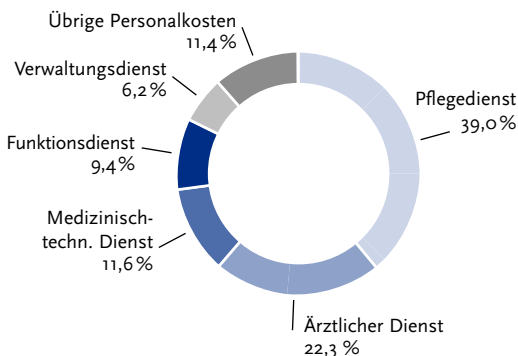
* umgerechnet in Vollzeitäquivalente

** Abweichungen in den Summen durch Rundung

gerisch tätige Kräfte gegenüber [7]. Dies entspricht einem Verhältnis von etwa 1:4. Die weit überwiegende Mehrheit der Pflegeteammitglieder in Krankenhäusern sind Krankenschwestern und Krankenpfleger und damit Pflegefachkräfte (Tabelle 12).

Die Gesamtkosten für die Krankenhäuser beliefen sich im Jahr 2001 auf 54,4 Mrd. €. Davon entfielen 35,9 Mrd. € auf Personal-, 18,1 Mrd. € auf Sach- und 0,4 Mrd. € auf sonstige Kosten. Bei den Personalkosten machten die Kosten für den Pflegedienst mit 39,0 % den größten Anteil aus, noch deutlich vor den Kosten für den ärztlichen Dienst mit 22,3 % (Abbildung 4).

Abbildung 4
Personalkosten im Krankenhaus 2001
gesamt 35,9 Mrd. €
Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.3, Kostennachweis der Krankenhäuser 2001



2.2.4 Entwicklung der Krankenhauspflege

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 weitreichende Änderungen bei der Finanzierung stationärer Leistungen eingeleitet. Im Jahr 2003 wurde darauf hin auf freiwilliger Basis ein pauschalierendes Entgeltsystem eingeführt. Die Fallpauschalen orientieren sich insbesondere an vergleichbaren Diagnosekomplexen (Diagnosis Related Groups = DRGs), die auf der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10), dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V und weiteren Patientenkriterien basieren. Seit Anfang 2004 ist die Fallpauschalen-Abrechnung über die DRGs für alle Krankenhäuser obligatorisch.

Von der Einführung der DRGs verspricht man sich eine leistungsorientierte Krankenhausvergütung und eine effektivere Mittelverwendung im Krankenhaus. Sie wird zu einer weiteren Verweildauerverkürzung, voraussichtlich aber auch zu einer Leistungsverdichtung führen. Der Aufwand für pflegerische Tätigkeiten geht als wichtiger Kostenfaktor in die Ermittlung der Bewertungsrelationen der DRG-Fallpauschalen ein. Da ein Vertreter der Pflege an den Sitzungen der für die DRG-Entwicklung zuständigen Selbstverwaltungspartner teilnehmen kann, hat die Pflege Möglichkeiten zur Einflussnahme bei der Weiterentwicklung der DRGs, so dass zusätzliche Ansatzpunkte für eine angemessene Berücksichtigung pflegerischer Tätigkeiten bei der Festlegung der pauschalen Vergütungen gewährleistet sind [8].

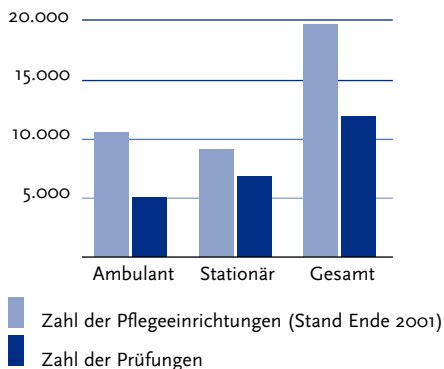
Darüber hinaus wird durch die Einführung der DRGs auch die bisherige krankenhausinterne Budgetverteilung in Frage gestellt. Dies lässt eine Abkehr von den bisher üblichen eigenen Pflegebudgets erwarten. Von Vertretern der Pflegewissenschaft wird die Beibehaltung eigener Pflegebudgets empfohlen [8].

Eine weitere Konsequenz aus der DRG-Einführung und aus dem Kostendruck, der auf dem Gesundheitssystem liegt, ist die Entwicklung von Krankenhäusern hin zu Zentren einer technikintensiven Hochleistungsmedizin und -pflege, die auf kurzfristige Interventionen ausgerichtet sind. Dies kann nach Ansicht von Experten dazu führen, dass sich zukünftig die pflegerische Tätigkeit im Krankenhaus noch mehr als bisher von der Pflege in anderen Versorgungskontexten entfernen wird. Durch den sich bereits heute abzeichnenden Rückgang der Krankenhausverweildauern kann es außerdem erforderlich sein, die ambulante Versorgungsinfrastruktur (z. B. durch ambulante Intensivpflege, spezialisierte Pflegedienste, Palliativpflege) an diese veränderten Bedarfe anzupassen. Dies erfordert auch, dass flexiblere Rahmenbedingungen für die häusliche Krankenpflege geschaffen werden. Gleichzeitig ergeben sich mit den Themen Entlassungsmanagement, Beratung und Schulung neue Handlungsfelder an den Schnittstellen zwischen Versorgungssegmenten, die sinnvoll von professionell Pflegenden ausgefüllt werden können. Auf diese Entwicklungen soll das pflegerische Ausbildungssystem ausgerichtet werden [6].

3 Pflegequalität und Qualitätsmanagement in Pflegeeinrichtungen

Bereits im Dritten und Vierten Bericht zur Lage der älteren Generation [9, 10] wird auf zahlreiche Qualitätsdefizite der Pflege in Einrichtungen für ältere Menschen hingewiesen. Diese betreffen unter anderem eine falsche Lagerung von bettlägerigen älteren Menschen, eine zu geringe Vorsorge gegen Wundliegen, Austrocknung und Unterernährung sowie einen nicht immer angemessenen Einsatz von Arzneimitteln. Außerdem werden ältere Menschen oftmals nicht über die pflegerischen Maßnahmen informiert und nur selten an der Planung der Pflege beteiligt. Neue Impulse für die Qualität in der Pflege sind vor allem von der Einführung der Pflegeversicherung ausgegangen. Mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) wurden diese Ansätze auf die häusliche Krankenpflege ausgedehnt. Im Krankenhaussektor existieren schon heute anerkannte Qualitätssicherungsverfahren. Die Pflege spielt bei diesen jedoch noch eine untergeordnete Rolle. Es ist zu erwarten, dass die im Bereich des Pflege-Versicherungsgesetzes (PflegeVG) gewonnenen Erfahrungen auch auf den Krankenhaussektor ausstrahlen werden. Aus diesem Grund werden nachfolgend die Pflegequalität und das Qualitätsmanagement in der Pflege sowohl mit Bezugnahme auf die ambulante als auch die stationäre Pflege diskutiert.

Abbildung 5
Geprüfte Pflegeeinrichtungen bis Ende 2002
 Quelle: MDS 2003, Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2001, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse



3.1 Grundlagen und Prüfung

Für ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen, die Leistungen für Pflegebedürftige erbringen, haben sich durch das SGB XI grundlegend neue Qualitätsanforderungen ergeben [11]. Diese sind neben die Regelungen des Heimgesetzes getreten. Mit Abschluss des Versorgungsvertrages verpflichten sich die Pflegeeinrichtungen, die von Pflegekassen und Einrichtungsverbänden festgelegten Anforderungen zu erfüllen. Der Medizinische Dienst führt im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen Qualitätsprüfungen durch, um die Einhaltung dieser Qualitätsregelungen zu beurteilen.

Mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz und der Novelle des Heimgesetzes sind die Bestrebungen zu einem umfassenden Qualitätsmanagement in den Einrichtungen intensiviert und die externen Prüfmöglichkeiten durch die Heimaufsicht und den MDK nochmals ausgebaut worden. Das PQsG geht von einem gestuften Qualitätssicherungssystem aus. Basis des gestuften Systems ist die Verpflichtung der Pflegeeinrichtung, ein umfassendes Qualitätsmanagement zu betreiben. Viele Pflegeeinrichtungen haben daher hausinterne Qualitätsprogramme aufgelegt. Außerdem nehmen Einrichtungen freiwillig an externen Zertifizierungsverfahren teil.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung hat in der Zeit von Ende 1996 bis Ende 2002 bundesweit etwa 15.570 Qualitätsprüfungen durchgeführt. Zieht man von der Gesamtzahl der Prüfungen die Wiederholungsprüfungen ab, so sind bis Ende 2002 11.968 Pflegeeinrichtungen einer Qualitätsprüfung unterzogen worden (Abbildung 5). Auf den ambulanten Bereich entfielen 5.091 aller Qualitätsprüfungen. Damit haben in ca. 48 % der ambulanten Pflegedienste bereits Qualitätsprüfungen stattgefunden. Im stationären Bereich wurden bislang 6.877 Pflegeeinrichtungen, das sind etwa 75 %, durch den MDK geprüft. Der Anteil aller geprüften Pflegeeinrichtungen lag Ende 2002 bei 61 %.

3.2 Qualitätsergebnisse und Qualitätsdefizite

In den MDK-Qualitätsprüfungen wird ein heterogener Stand der Qualität in Pflegeeinrichtungen dokumentiert. Viele Einrichtungen leisten eine gute bis sehr gute Pflege. Darüber hinaus trifft der MDK auf Einrichtungen, in denen zwar eine weitgehend befriedigende bis ausreichende Versorgung stattfindet, zum Teil aber Qualitätsdefizite auftreten, die zu Gefährdungen der Pflegebedürftigen führen können, wie z. B. eine unzureichende Inkontinenzversorgung, eine unreflektierte Gabe von Beruhigungs- und Schmerzmitteln sowie eine fehlende Aktivierung der Pflegebedürftigen. Bisweilen werden durch die Qualitätsprüfungen auch extreme Missstände wie Verwahrlosung, Unterernährung oder nicht behandelte Dekubitalgeschwüre aufgedeckt. In solchen Fällen liegen schwere Gesundheitsgefährdungen der Pflegebedürftigen vor, die umgehend gegensteuernde Maßnahmen bis hin zur Kündigung des Versorgungsvertrages erfordern.

Der MDK wertet die Qualitätsprüfungen aus und dokumentiert die vorrangigen Defizite. Für die stationäre Versorgung sind dies Mängel bei der Umsetzung des Pflegeprozesses, einschließlich der Pflegedokumentation, sowie Defizite bei der

Umsetzung des Pflegekonzeptes, bei der Führung des Dienstplans und der Personaleinsatzplanung. Im ambulanten Bereich werden neben diesen Versäumnissen häufig auch Defizite in der Fortbildung und beim Anteil der Pflegefachkräfte festgestellt (Tabelle 13a und 13b).

Eine sachgerechte Ablauforganisation sowie Pflegeplanung sind Dreh- und Angelpunkte für eine kontinuierliche, fachgerechte und somit qualitätsgeleitete Pflege. Fehlen diese Arbeits- und Planungsgrundlagen kommt es immer wieder zu erheblichen Qualitätsdefiziten. Als Problemfelder in der pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen haben sich in den Prüfungen unter anderem folgende Bereiche herauskristallisiert, wobei diese nicht in allen Pflegeheimen vorhanden sind:

- ▶ Defizitäre Dekubitusprophylaxe und -therapie
In Qualitätsprüfungen werden immer wieder Bewohner angetroffen, bei denen ein Dekubitus vorliegt, ohne dass dies der Pflegeeinrichtung bekannt ist und ohne dass die notwendigen Maßnahmen geplant und ergriffen werden. So unterbleiben erforderliche Maßnahmen wie die regelmäßige und geplante Lagerung und Mobilisation sowie ein adäquater Hilfsmitelesatz [12].

Tabelle 13a
Vorrangige Qualitätsdefizite in der stationären Pflege 2002
Quelle: MDS 2003

Ranking
Mängel bei Umsetzung des Pflegeprozesses/ der Pflegedokumentation
Defizite im Bereich Dekubitusprophylaxe/ -therapie
Defizite bei Ernährung/ Flüssigkeitsversorgung
Defizite in der Führung des Dienstplanes
Pflegekonzept nicht umgesetzt
Defizite bei Versorgung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Versicherter
Defizite in Personaleinsatzplanung
Defizite bei Inkontinenzversorgung
Defizitäres Angebot an sozialer Betreuung
Defizite im Umgang mit Medikamenten
Defizite bei Fortbildung
Passivierende Pflege

- ▶ Defizite im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
Bei Pflegebedürftigen, die Nahrung und Flüssigkeit nicht mehr selbstständig zu sich nehmen können, mangelt es häufig an einer ausreichenden Flüssigkeits- und Kalorienzufuhr. Die Folge ist nicht selten Unterernährung bzw. Austrocknung, die wiederum eine Akutversorgung notwendig machen können.
- ▶ Defizite bei der Inkontinenzversorgung
Inkontinenzhilfen werden unkritisch als »pflegeerleichternde Maßnahmen« eingesetzt, ohne dass die vorhandenen Ressourcen der Pflegebedürftigen ausgeschöpft und unterstützt werden. So verlieren Bewohner, die ihre Ausscheidungsfunktion mindestens noch teilweise selbst kontrollieren können, durch eine inadäquate Versorgung mit Inkontinenzhilfen ihre Selbstständigkeit.
- ▶ Defizite beim Umgang mit Medikamenten
Aufgrund von Übertragungsfehlern in Medikamentenplänen werden Medikamente falsch oder in falscher Dosierung verabreicht. Darüber hinaus kommt es zu nicht ärztlich verordneten bzw. nicht indizierten »Bedarfsgaben«, insbesondere von Beruhigungs- und Schmerzmitteln. Dies führt zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität der Bewohner bis hin zur Gefahr von Gesundheitsschädigungen.
- ▶ Defizite bei der Versorgung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Bewohner
Gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Bewohner werden häufig nicht adäquat gepflegt und betreut. Insbesondere fehlt es an qualifizierten Betreuungsangeboten für diesen zahlenmäßig bedeutsamen Personenkreis.
- ▶ Freiheitseinschränkende Maßnahmen
Es wird ein Übermaß an freiheitseinschränkenden Maßnahmen festgestellt. Diese erfolgen, obwohl weder eine Einwilligung des Betroffenen, noch ein rechtfertigender Notstand oder eine richterliche Genehmigung vorliegen.

Tabelle 13b

Vorrangige Qualitätsdefizite in der ambulanten Pflege 2002

Quelle: MDS 2003

Ranking
Mängel bei Umsetzung des Pflegeprozesses/ der Pflegedokumentation
Defizite in der Führung des Dienstplanes
Pflegekonzept nicht umgesetzt
Defizite bei Ernährung/ Flüssigkeitsversorgung
Defizite bei Fortbildung
Defizite im Bereich Dekubitusprophylaxe/ -therapie
Defizite bei Inkontinenzversorgung
Defizite in Personaleinsatzplanung
Passivierende Pflege
Defizite bei Versorgung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Versicherter
Defizite bei Fachliteratur
Pflegekonzept liegt nicht vor

In der Konsequenz etabliert sich in einigen Einrichtungen eine tendenziell passivierende Pflege. Darüber hinaus weisen diese Defizite auf Qualifikations-, Organisations- und Planungsmängel und zum Teil auch auf personelle Unterbesetzungen in den Einrichtungen hin. Die Altenpflege in Deutschland weist nach diesen Auswertungen Qualitätsdefizite auf, die über Einzelfälle hinausgehen und Veränderungen erfordern, wie z. B. ein umfassendes Qualitätsmanagement und die Einführung von Pflegestandards.

3.3 Umfassendes Qualitätsmanagement

Angesichts der dokumentierten Qualitätsmängel in der Pflege sind die Einrichtungen gefordert, ein umfassendes Qualitätsmanagement einzuführen, zu betreiben und weiterzuentwickeln. Aus diesem Grunde wurden mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz entsprechende Anforderungen an die Zulassung von Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 3 SGB XI) formuliert. Die Vereinbarungspartner der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI sind zudem gesetzlich verpflichtet worden, Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu definieren. Ein effektives Qualitätsmanagement ist vonnöten, weil viele Qualitätsdefizite in einer mangelhaften Umsetzung des Pflegeprozesses begründet sind. Im Rahmen des Qualitätsmanagements kommt es darauf an, Maßnahmen der Aufbau- und Ablauforganisation zu ergreifen, die eine gute Ergebnisqualität unterstützen. Dabei ist ein besonderes Augenmerk darauf zu legen, wie die Pflege in der Einrichtung geplant wird, wie die konkrete Pflege organisiert wird und wie die vorhandenen Pflegedokumentationen in diesen Prozess eingebettet werden [13]. All dies weist auf die zentrale Verantwortung der verantwortlichen Pflegefachkraft für die Qualitätsentwicklung der Einrichtung hin. Qualitätssicherung ist als zentrale Führungsaufgabe für Pflegedienstleitung und Heimleitung zu begreifen.

3.4 Pflegestandards

Ein wesentlicher Ansatz zur Qualitätsverbesserung in Pflegeeinrichtungen sind Pflegestandards [14]. Pflegestandards sind Maßstäbe für angemessenes

pflegerisches und therapeutisches Handeln, auf deren Basis eine bestimmte Qualität festgelegt und überprüft werden kann. Ihr Ziel ist es, zu einer Qualifizierung und Vereinheitlichung der Pflege beizutragen, ohne die individuellen Bedürfnisse der Bewohner außer Acht zu lassen. Die in Standards formulierten Ansprüche an die Leistungserbringung sind für alle Beteiligten transparent und verbindlich. Bei der Erarbeitung von Pflegestandards werden einrichtungsinterne und nationale Standards unterschieden. Einrichtungsinterne Standards beanspruchen Gültigkeit für eine bestimmte Einrichtung. Solche Standards dienen in erster Linie dazu, eine Vorgabe für einen spezifischen Bereich oder ein spezifisches Problem zu erarbeiten. Nationale Standards beanspruchen hingegen eine bundesweite Gültigkeit. Mit den Expertenstandards »Entlassungsmanagement« und »Dekubitusprophylaxe« [15] liegen erste nationale Standards vor, denen mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung weitere folgen werden.

Die Pflegestandards sind in ein umfassendes Qualitätsmanagement zu integrieren. Entsprechend muss die Standardentwicklung durch eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung, eine laufende Überprüfung der Pflegepraxis und ein Management in erkannten Risikobereichen unterstützt werden.

3.5 Rahmenbedingungen der Pflege

Die Umsetzung von Pflegestandards und eines umfassenden Qualitätsmanagements setzt entsprechende Rahmenbedingungen voraus. Auch in der Pflege gilt, dass die Qualität wesentlich von der Personalausstattung und von der Qualifikation der Beschäftigten abhängt.

Zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern bestehen unterschiedliche Einschätzungen, ob das vorhandene Personal ausreicht, eine qualitativ gute Pflege zu gewährleisten. Zur Klärung dieser Frage können systematische Personalbemessungsverfahren wie das zurzeit in der Erprobung befindliche Verfahren PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis – EDV-gestützte Planung der erforderlichen Krankenpflege) beitragen. Personalengpässe sind häufig dort anzutreffen, wo besondere Hilfe und

Betreuungsbedarfe – wie z. B. bei hochgradig Demenzen – bestehen. Ein zusätzliches Problem stellt die Nichtbesetzung ausgewiesener Personalstellen und der verstärkte Einsatz nicht qualifizierter Arbeitskräfte dar.

Die Erprobung dieser Verfahren wird zeigen, ob es gerechtfertigt ist, von einer generellen Unterbesetzung der Pflegeeinrichtungen zu sprechen. Jedoch ist es vorschnell, die unbestreitbaren Qualitätsdefizite in der Pflege ausschließlich auf eine unzureichende finanzielle Ausstattung zurückzuführen. Denn die in Deutschland gezahlten Pflegesätze ermöglichen es einem qualifizierten Management durchaus, eine adäquate Versorgung, d. h. unter anderem eine erforderliche Grundpflege, abwechslungsreiche Mahlzeiten sowie die nötigen Hilfen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, zu gewährleisten.

Das Augenmerk ist stärker darauf zu lenken, dass gut ausgebildete Fachkräfte zur Verfügung stehen, die den Anforderungen entsprechend qualifiziert sind. Nur Pflegenden, die in der Lage sind, individuelle Pflege eigenständig zu planen und auszuführen, können dauerhaft Qualitätsverbesserungen herbeiführen. Die häufig geforderte Qualitätsoffensive in der Pflege muss auch eine Aus- und Fortbildungsoffensive sein.

4 Pflege als Beruf

Die meisten Pflegeberufe werden den Heilberufen zugeordnet. Die Zuständigkeit für die Zulassung von Heilberufen liegt nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz beim Bund. Zu diesen Berufen zählen die Gesundheits- und Kranken-, Gesundheits- und Kinderkranken- sowie die Altenpflege. Aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 24. Oktober 2002 zum Altenpflegegesetz ergibt sich für die Regelung der Altenpflegehilfeausbildung eine Zuständigkeit der Länder. Das Urteil hatte auch Auswirkungen auf die Zuordnung der Regelungskompetenz für die Krankenpflegehilfe, die nunmehr auch den Ländern zugewiesen wird. Auch die Regelung der Weiterbildungen ist eine Länderaufgabe.

Die im Gesundheitswesen beschäftigten Krankenschwestern und Krankenpfleger haben nach den in Tabelle 14a, 14b und 14c dargestellten Angaben des Statistischen Bundesamtes in den Jahren zwischen 1997 bis 2001 bezogen auf Vollzeitäquivalente um 0,4 % von 528.000 auf 526.000 leicht abgenommen. Bezogen auf die Gesamtzahl der beschäftigten Krankenschwestern und Krankenpfleger ist jedoch ein leichter Anstieg um 1,2 % festzustellen, was auf eine Zunahme von Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen hindeutet. Im gleichen Zeitraum hat die Anzahl der als Helfer beschäftigten Pflegekräfte in der Krankenpflege um 7,9 % von 152.000 auf 164.000 zugenommen.

Bei den Altenpflegerinnen und Altenpflegern einschließlich Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfern ist zwischen 1997 und 2001 sowohl bei der Gesamtzahl der Beschäftigten als auch bei den Vollzeitäquivalenten ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen, und zwar um 32,2 % bzw. 30,5 %. Dies kann dem demographischen Wandel und dem Einfluss der Pflegeversicherung zugeschrieben werden.

Tabelle 14a

Beschäftigte im Gesundheitswesen mit pflegerischen Aufgaben 1997–2001, gesamt

Angaben in Tsd.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Gesundheit Ausgaben und Personal 2001

Jahr	Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen/Entbindungspfleger		Helfer/innen in der Krankenpflege		Altenpfleger/innen (einschl. -helfer/innen)	
	Beschäftigte	VZÄ*	Beschäftigte	VZÄ*	Beschäftigte	VZÄ*
1997	689	528	203	152	199	151
1998	697	532	203	150	211	160
1999	695	528	207	154	229	174
2000	696	526	216	162	245	187
2001	697	526	223	164	263	197
Veränderung 1997:2001 in Prozent	1,2	-0,4	9,9	7,9	32,2	30,5

* umgerechnet in Vollzeitäquivalente (VZÄ)

Tabelle 14b

Beschäftigte Männer im Gesundheitswesen mit pflegerischen Aufgaben 1997–2001

Angaben in Tsd.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Gesundheit Ausgaben und Personal 2001

Jahr	Krankenpfleger, Entbindungspfleger		Helfer in der Krankenpflege		Altenpfleger (einschl. -helfer)	
	Beschäftigte	VZÄ*	Beschäftigte	VZÄ*	Beschäftigte	VZÄ*
1997	102	89	49	42	26	22
1998	104	91	50	42	27	23
1999	102	90	52	45	29	25
2000	104	91	54	48	32	28
2001	106	93	56	51	35	30
Veränderung 1997:2001 in Prozent	3,9	4,5	14,3	21,4	34,6	36,4

* umgerechnet in Vollzeitäquivalente (VZÄ)

Tabelle 14c

Beschäftigte Frauen im Gesundheitswesen mit pflegerischen Aufgaben 1997–2001

Angaben in Tsd.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Gesundheit Ausgaben und Personal 2001

Jahr	Krankenschwestern, Hebammen		Helferinnen in der Krankenpflege		Altenpflegerinnen (einschl. -helferinnen)	
	Beschäftigte	VZÄ*	Beschäftigte	VZÄ*	Beschäftigte	VZÄ*
1997	586	439	155	110	173	129
1998	593	441	154	108	185	137
1999	593	439	156	109	201	149
2000	592	435	161	114	212	158
2001	591	434	167	114	228	169
Veränderung 1997:2001 in Prozent	0,9	-1,1	7,7	3,6	31,8	31,0

* umgerechnet in Vollzeitäquivalente (VZÄ)

4.1 Pflegeausbildung

Im Ausbildungsjahr 2002/03 gab es nach dem Berufsbildungsbericht der Bundesregierung in den unterschiedlichen Ausbildungsberufen in der Krankenpflege über 68.000 Auszubildende (58.879 Krankenpflege, 6.906 Kinderkrankenpflege, 2.584 Krankenpflegehilfe) [16]. Zeitreihen für das gesamte Bundesgebiet liegen nicht vor. Die Berufsbildungsberichte sind die wichtigste Quelle für Aussagen über die Entwicklung der Pflegeausbildung in Deutschland. Die Datenerhebung für die Berufsbildungsberichte beruht auf freiwilligen Angaben der Länder. Da die Daten nicht vollständig sind, wäre eine Verbesserung der Datenlage und Datenqualität wünschenswert. Einer Auswertung zur Personal- und Ausbildungssituation in der Kranken- und Altenpflege zufolge, ist in der Krankenpflege in den letzten Jahren ein Rückgang der Schülerzahlen zu verzeichnen [17]. Als Ursachen hierfür werden die nachlassende Auslastung der Ausbildungskapazitäten sowie ein Rückgang der Qualifikation der Ausbildungsplatzbewerber genannt.

Auch die Zahl der Schüler in der Altenpflege lässt sich den Berufsbildungsberichten entnehmen. Sie lag im Ausbildungsjahr 2002/03 bei über 42.000 Auszubildenden ohne die Altenpflegehilfeausbildung. Nach den vorliegenden Informationen scheint die Entwicklung der Schülerzahlen für die Altenpflege unterschiedlich zu sein. Zum Teil wird von Rückgängen, zum Teil von Stagnation und zum Teil von Zunahme der Ausbildungszahlen berichtet. Über die Altenpflegehilfe liegen keine aussagekräftigen Zahlen vor [17].

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung ist gegenwärtig davon auszugehen, dass es zu einer Verschärfung der Personalsituation in der Kranken- und Altenpflege kommen wird.

4.1.1 Krankenpflegeausbildung

Am 1. Januar 2004 wurde die dreijährige Krankenpflegeausbildung gesetzlich neu geregelt. Das bis dahin geltende Krankenpflegegesetz aus dem Jahr 1985 war ausschließlich auf die verantwortliche Mitwirkung bei der Verhütung, Erkennung und Heilung von Krankheiten ausgerichtet. Eine Neuausrichtung und Erweiterung der Kranken-

pflegeausbildung wurde durch die Zunahme nicht heilbarer chronischer und progredient verlaufender Erkrankungen als Folge der höheren Lebenserwartung notwendig. Darüber hinaus wurde die Forderung nach einer Reform der Krankenpflegeausbildung mit den veränderten institutionellen Rahmenbedingungen begründet. Hierzu gehört der Ausbau der ambulanten und teilstationären Versorgungsstrukturen als Konsequenz der verstärkten Ausrichtung der Krankenhäuser auf Akutversorgung. Dem hat man mit der Reform der Krankenpflegeausbildung Rechnung getragen.

Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln.

Durch die Reform wurden die Ausbildungsinhalte der Kranken- und Kinderkrankenpflege weitgehend angeglichen. Die neuen Berufsbezeichnungen »Gesundheits- und Krankenpfleger/in« und »Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in« sollen sprachlich klarstellen, dass Pflege nicht auf den kurativen Aspekt beschränkt ist, sondern darüber hinaus präventive, rehabilitative und palliative Maßnahmen umfasst. Diese neue und umfassendere Ausrichtung der Ausbildung kommt in den neu formulierten Ausbildungszielen zum Tragen. Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege soll demnach unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen ausgerichtet sein. Dabei sollen die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen berücksichtigt werden. Die praktische Ausbildung wird deshalb auch in geeigneten ambulanten und stationären Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen stattfinden.

Die Inhalte der Ausbildung lassen sich unterteilen in einen eigenverantwortlichen Aufgabebereich und in einen Mitwirkungsbereich.

Der Eigenverantwortungsbereich erstreckt sich auf die:

- ▶ Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege
- ▶ Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege
- ▶ Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit
- ▶ Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes.

Der Mitwirkungsbereich erstreckt sich auf die:

- ▶ eigenständige Durchführung ärztlich veranlasseter Maßnahmen
- ▶ Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation
- ▶ Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen.

Darüber hinaus soll die Ausbildung dazu befähigen, interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.

Für den Zugang zur Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist neben der gesundheitlichen Eignung entweder ein Realschulabschluss oder ein Hauptschulabschluss zusammen mit einer erfolgreich abgeschlossenen Berufsausbildung (mindestens zweijährig) oder Kranken- oder Altenpflegehilfe (mindestens einjährig) erforderlich.

Aufgrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Oktober 2002 wurde auch die Krankenpflegehilfe der Regelungszuständigkeit der Länder zugeordnet. Im Krankenpflegegesetz von 1985 wurde diese Ausbildung noch bundeseinheitlich geregelt. Es ist davon auszugehen, dass sich die Inhalte der Ausbildung im Rahmen der Länderregelungen nicht wesentlich zu den bisherigen Inhalten ändern werden (vgl. z. B. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Krankenpflegehelferin im Land NRW

vom 28. November 2003). Die Ausbildung in der Krankenpflegehilfe war bisher auf die Assistenz bei der pflegerischen Versorgung gerichtet und legte zusätzlich einen Schwerpunkt auf den wirtschaftlichen Bereich.

4.1.2 Altenpflegeausbildung

Im Jahr 2004 war in allen Ländern der Europäischen Union eine Krankenpflegeausbildung etabliert, während eine gesonderte Altenpflegeausbildung außer in Österreich, wo entsprechende Regelungen auf Länderebene vorliegen, nur noch in Deutschland existierte. Anders als im Bereich der Krankenpflege fehlte es aber bis vor kurzem an einer bundesweit einheitlichen Regelung zur Altenpflegeausbildung. Dies war in der Regelungskompetenz der Bundesländer für soziale Berufe begründet, denen die Altenpflege aufgrund ihrer lange Zeit eher sozialpflegerischen Schwerpunktsetzung zugeordnet wurde. Gemäß der meisten Länderregelungen sollte die Ausbildung zur selbstständigen Betreuung, Pflege und Beratung alter Menschen qualifizieren, wobei aber die Begriffe unterschiedlich gewichtet und interpretiert wurden.

Durch die Veränderungen des Klientels der Altenpflegeeinrichtungen hin zu hochbetagten, multimorbiden, gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohnern hat sich der Schwerpunkt der Altenpflege in Richtung (kranken)pflegerischer Kompetenzen und Tätigkeiten verlagert. Aus dieser Veränderung der Berufsanforderungen lässt sich heute eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes auch für die Altenpflegeausbildung ableiten.

Nachdem sich Berufs- und Fachverbände bereits seit Jahrzehnten für eine einheitliche und modernisierte Altenpflegeausbildung eingesetzt hatten, wurde im Juli 2000 vom Bundestag ein bundesweit gültiges Altenpflegegesetz beschlossen. Der Bundesrat stimmte dem Gesetz im September 2000 zu. Im weiteren Verfahren wurden wegen der fehlenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes die Zuständigkeit für die Altenpflegehilfeausbildung, die mit dem Gesetz gleichzeitig geregelt werden sollte, ausgenommen. Für die Ausbildung zum Altenpflegehelfer bzw. zur Altenpflegehelferin bleibt es damit vorerst bei landesspezifischen Regelungen. Das bundesweit gültige Altenpflegegesetz ist am 1. August 2003 in

Kraft getreten und hat damit die Länderregelungen für die Altenpflegeausbildung abgelöst.

Mit der neuen Ausbildung für Altenpflegefachkräfte sollen bundeseinheitlich Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt werden, die zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind.

Die Inhalte der Altenpflegeausbildung werden nicht mehr über Fächer sondern über Lernfelder definiert. Dazu gehören zum Beispiel:

- ▶ Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren
- ▶ alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen
- ▶ Mitwirkung bei der medizinischen Diagnostik und Therapie
- ▶ Unterstützung alter Menschen bei der Tagesgestaltung
- ▶ Entwicklung eines beruflichen Selbstverständnisses.

Die Zugangsvoraussetzungen wurden denen in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung angeglichen. Erforderlich ist demnach neben der gesundheitlichen Eignung entweder ein Realschulabschluss bzw. eine zehnjährige Schulausbildung, die den Hauptschulabschluss erweitert, oder ein Hauptschulabschluss zusammen mit einer erfolgreich abgeschlossenen Berufsausbildung (mindestens zweijährig) oder Kranken- oder Altenpflegehilfe (mindestens einjährig).

Mit der gegenwärtigen Reform der Krankenpflege- und der Altenpflegeausbildung könnte der Grundstein für eine Zusammenführung aller Pflegeausbildungen (Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege) gelegt worden sein. Sowohl im Altenpflegegesetz als auch im Krankenpflegegesetz sind Modellklauseln aufgenommen worden, die es den Ländern erlauben, zeitlich befristet Ausbildungsangeboten zu erproben, die der Weiterentwicklung der Pflegeberufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen dienen. Damit wird es möglich, gemeinsame Angebote für die Alten- und die Krankenpflege zu erproben. Je nach den Ergebnissen dieser Erprobungen könnte langfristig eine generalisierte Pflegeausbildung möglich werden. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und

Jugend fördert Modellvorhaben, in denen Möglichkeiten der Zusammenführung der bisher unterschiedlich gestalteten Alten- und Krankenpflegeausbildungen erprobt werden.

4.2 Weiterbildung

Der Begriff Weiterbildung wird im Bildungswesen allgemein als Oberbegriff für alle Arten organisierten Lernens nach Abschluss der beruflichen Erstausbildung verwendet. Im Pflegesektor findet der Begriff abweichend davon Verwendung für Maßnahmen der Höherqualifizierung, also den Erwerb spezifischer fach- oder funktionsbezogener Qualifikationen [18].

Neben den Weiterbildungen in diesem Sinne qualifizieren sich viele Pflegefachkräfte in pflegeorientierten Fachhochschul- oder universitären Studiengängen weiter. Im Vordergrund stehen dabei Studiengänge an Fachhochschulen. Studienangebote existieren insbesondere in den Bereichen Pflegemanagement, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.

In der Krankenpflege ist der Weiterbildungsbereich sehr viel stärker entwickelt als in der Altenpflege. Die Gestaltung der Weiterbildung ist Angelegenheit der Länder, die von diesen Möglichkeiten sehr unterschiedlichen Gebrauch machen.

Weiterbildungen werden je nach Zielrichtung entweder für Altenpflege und Krankenpflege gemeinsam oder nur für eine der Professionen angeboten. Beispiele für Weiterbildungsangebote sind:

- ▶ Intensivpflege und Anästhesie
- ▶ OP-Dienst
- ▶ Onkologie
- ▶ Nephrologie
- ▶ Hygiene
- ▶ Psychiatrie und Gerontopsychiatrie
- ▶ Geriatrie und Rehabilitation
- ▶ Pflegedienstleitung
- ▶ Praxisanleitung.

Eine besondere Rolle im Kontext der Pflegeversicherung spielt für Pflegefachkräfte (Krankenschwestern und -pfleger, Kinderkrankenschwestern und -pfleger, Altenpflegerinnen und -pfleger)

die Weiterbildung zur verantwortlichen Pflegefachkraft. Die Qualifikation zur verantwortlichen Pflegefachkraft ist durch die Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI als Mindestanforderung für die Pflegedienstleitung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen definiert worden. Insgesamt ist aber im Bereich des Pflegemanagements davon auszugehen, dass zunehmend Pflegefachkräfte mit Fachhochschul- oder Hochschulausbildungen Leitungspositionen besetzen werden. Eine Ausnahme bildet die ambulante Pflege, in der bisher kaum Pflegeexperten mit Studienabschlüssen anzutreffen sind.

Schließlich spielte die Weiterbildung zur Lehrerin bzw. zum Lehrer für Pflegeberufe lange Zeit eine wichtige Rolle. Neu eingestellte Lehrer und Leiter in Krankenpflegeschulen müssen allerdings nach dem neuen Krankenpflegegesetz über eine entsprechende Hochschulqualifikation verfügen. An Altenpflegeschulen werden geringere Anforderungen geknüpft. Die Leitung der Altenpflegeschulen muss eine pädagogisch qualifizierte Fachkraft sein, die über eine abgeschlossene Berufsausbildung im sozialen oder pflegerischen Bereich und mehrjährige Berufserfahrung verfügt oder ein abgeschlossenes pflegepädagogisches Studium nachweisen kann. Lehrkräfte in Altenpflegeschulen müssen pädagogisch qualifizierte Fachkräfte sein.

4.3 Belastung und Fluktuation

Pflegekräfte gelten nach aktuellen Untersuchungen als eine gesundheitlich stark beanspruchte Berufsgruppe: Der Krankenstand in den Pflegeberufen liegt deutlich über dem Gesamtdurchschnitt aller Berufsgruppen. Pflegekräfte haben jeweils etwa doppelt so viele Krankheitstage wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychiatrischen Erkrankungen als der Durchschnitt der Erwerbstätigen. Sie sind – trotz vielfach bereits vorhandener Hebehilfen und trotz moderner Transfertechniken – durch ihre Tätigkeit nach wie vor erheblichen Belastungen der Wirbelsäule ausgesetzt. Zugleich sind psychischer Stress und mangelnde Arbeitszufriedenheit häufig auftretende Belastungsfaktoren bei Pflegekräften.

Dies dürften einige der Gründe für die hohe Fluktuation im Pflegeberuf sein. Wenn Fluktuation und Verbleib im Pflegeberuf in Relation zu anderen

Berufen bewertet werden sollen, so ist allerdings zu berücksichtigen, dass etwa 85% der professionell Pflegenden Frauen sind, deren Erwerbsbiographien weitaus häufiger Unterbrechungen aufweisen als die von Männern [19]. Die Fluktuation und der frühzeitige Berufsausstieg bei Pflegenden wird derzeit in der auf europäischer Ebene angelegten Längsschnittstudie »nurses' early exit study« (NEXT-Study) untersucht [20]. Einem ersten Zwischenbericht zufolge denken 18,5% der Mitarbeiter in der Pflege in Deutschland mehrmals monatlich oder häufiger daran, die Pflege zu verlassen. Übertroffen werden diese Werte nur in England (36,2%) und in Italien (20,7%). Das Alter (Jüngere denken häufiger an einen Ausstieg als Ältere), die Qualifikation (Personen mit hoher Qualifikation denken eher an Ausstieg als Personen mit geringerer Qualifikation), die Berufsdauer (mit zunehmender Berufsdauer nimmt der Wunsch nach Ausstieg ab) und die Verweildauer in der Pflegeeinrichtung (je länger in der Pflegeeinrichtung, desto geringer der Wunsch nach Ausstieg) sind Faktoren, bei denen Unterschiede im Wunsch nach einem Berufsausstieg deutlich werden. Bei den potenziellen Aussteigern lassen sich die Gruppe der motivierten (jung und gut ausgebildet) und die Gruppe der resignierten (schlechte Gesundheit, niedrige Arbeitsfähigkeit, erschöpft) Aussteiger unterscheiden. Erste Ergebnisse der NEXT-Studie zeigen aber auch, dass die Mehrheit des Pflegepersonals in Deutschland an seinem Beruf hängt. Unabhängig von Größe und Art der Einrichtung (Krankenhaus, ambulanter Pflegedienst, stationäre Pflegeeinrichtung) ergibt sich für Deutschland, dass es attraktive und unattraktive Einrichtungen gibt. Um die für eine attraktive Einrichtung bestimmenden Faktoren identifizieren zu können, sind weitere Analysen erforderlich. Weiterhin deutet sich an, dass Konflikte zwischen der Vereinbarkeit von Familie und Arbeit in den überwiegend von Frauen ausgeübten Pflegeberufen eine mitentscheidende Rolle für die Kontinuität in der Ausübung des Berufes spielen [21].

Unabhängig davon ist festzuhalten, dass Pflege ein Berufsfeld mit hohen physischen und psychischen Belastungen ist und diese Belastungen in Zukunft eher zu- als abnehmen werden. Es bedarf daher neuer Strategien, mit deren Hilfe die Verweilzeit im Pflegeberuf erhöht werden kann. Durch die Ergebnisse der NEXT-Studie könnten diese Bemühungen sinnvoll gesteuert werden.

4.4 Berufsperspektiven

Professionell Pflegenden haben auf dem Arbeitsmarkt gute Chancen, eine Stelle zu finden. Derzeit deutet sich regional sogar ein Fachkräftemangel an. Es wird enormen Anstrengungen bedürfen, bei steigender Anzahl von Pflegebedürftigen und chronisch kranken (alten) Menschen, den Bedarf an professionell Pflegenden zukünftig zu decken. Gebremst wird die Personalbesetzung und Nachbesetzung allerdings durch den zunehmenden Rationalisierungs- und Kostendruck im Gesundheits- und Pflegewesen.

Gewisse funktionale und/oder finanzielle Aufstiegsmöglichkeiten ergeben sich durch die Teilnahme an Weiterbildungen und die anschließende Ausübung entsprechender Funktionen. Weiterbildungen dienen als Einstiegshilfen in Positionen des mittleren Managements oder in spezielle Funktions- und Tätigkeitsbereiche. Für Positionen im oberen Management werden zunehmend Personen mit pflegespezifischen Fachhochschul- oder Hochschulausbildungen engagiert.

Das Berufsfeld Pflege ist zwei gegenläufigen Tendenzen unterworfen. Auf der einen Seite ist von einer qualitativen »Entleerung der Pflege« die Rede. Damit ist gemeint, dass es neue spezialisierte Tätigkeitsfelder gibt, die sich aus der Pflege herausdifferenzieren oder bereits herausbewegt haben. Hierzu gehören z. B. Rettungsassistenten und die Operationstechnischen Assistenten. Auf der anderen Seite drängen andere Berufsgruppen in das Feld der Pflege hinein, so z. B. Psychologen und Sozialarbeiter in die pflegeorientierte Beratung oder Ergotherapeuten in rehabilitative Aufgaben der Pflege.

Die Pflegeprofession ist bemüht, diesen Tendenzen entgegen zu wirken und ihre Tätigkeitsfelder qualitativ zu erweitern. So werden Beratung, Case-Management und ähnliche Bereiche als pflegerische Handlungsfelder erkannt. Diese Berufsinhalte sind auch in die neuen Gesetzen zur Kranken- und Altenpflegeausbildung aufgenommen worden.

5 Konzepte und Methoden der Pflegeforschung

Die Pflegewissenschaft ist eine noch recht junge wissenschaftliche Disziplin, die sich zunächst in den Vereinigten Staaten, später auch in Großbritannien und den skandinavischen Ländern etablieren konnte. In Deutschland hat ihre Verankerung als eigenes Fach an den Fachhochschulen und Universitäten erst vor etwa 15 Jahren begonnen. Ihrem Selbstverständnis nach ist die Pflegewissenschaft eine »Praxisdisziplin«, d. h. sie richtet sich in erster Linie an der professionellen Lösung praktischer Aufgaben aus.

5.1 Gegenstand der Pflegewissenschaft

Die Profession Pflege ist in sehr verschiedenen und komplexen Tätigkeitsbereichen anzutreffen. Entsprechend heterogen und vielfältig ist das Spektrum der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung. In Bezug auf den Gegenstand und die Aufgaben der Pflegewissenschaft lässt sich zwischen einer Mikro-, einer Meso- und einer Makroebene der Analyse unterscheiden:

- ▶ Der Mikroebene werden die elementaren, auf den Patienten/Pflegebedürftigen gerichteten pflegerischen Handlungen zugeordnet. Zum Gegenstand pflegewissenschaftlicher Untersuchungen gehören hier u. a. die oft nicht problematisierten Pflegeroutinen sowie Instrumente zur Einschätzung des Pflegebedarfs.
- ▶ Die Mesoebene betrifft die Organisation und Kooperation mit Schwerpunkt auf arbeitsorganisatorischen Gestaltungsfragen. Untersuchungsgegenstand der Pflegewissenschaft auf dieser Ebene ist z. B. die Entwicklung alternativer Versorgungsformen für Pflegebedürftige.
- ▶ Auf der Makroebene hat die Pflegewissenschaft schließlich Fragen des Gesundheits- und Pflegewesens sowie der gesellschaftlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen zu bearbeiten. Eingeschlossen sind dabei z. B. Fragen nach der Entwicklung des Pflegebedarfs, der Pflegeleistungen und der für diese anfallenden Kosten.

5.2 Entwicklung der Pflegewissenschaft

In Deutschland wurden die ersten Pflegestudiengänge Ende der 80er Jahre eingerichtet ([»http://www.pflegestudium.de«](http://www.pflegestudium.de)). Mittlerweile existieren über 50 Studiengänge, die meisten davon an Fachhochschulen. Die Studiengänge an allgemeinen Hochschulen beschränken sich auf die Humboldt-Universität Berlin (Medizin-/Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft), die Universität Bremen (Lehramt Pflegewissenschaft), die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Pflege- und Gesundheitswissenschaften), die Universität Osnabrück (Lehramt Pflegewissenschaft), die private Universität Witten/Herdecke (Pflegerwissenschaft) und die Universität Bielefeld (Gesundheits- und Pflegewissenschaften).

Die Professionalisierung und Akademisierung der Pflege ist noch nicht abgeschlossen. Sofern sich die US-amerikanische Entwicklung in Deutschland wiederholt, ist ein Professionalisierungsprozess in Gang gesetzt worden, der über kurz oder lang alle Bereiche der Pflege erfassen und auch die Entwicklung zu einer eigenständigen Wissenschaftsdisziplin fördern wird.

5.3 Pflegetheorien

Über die Bedeutung und Funktion von Theorien in der Pflegewissenschaft gehen die Meinungen auseinander. Während über die Problemlösung als Funktion von Pflegetheorien weitgehend Konsens besteht, sind die Erfordernis und der Nutzen einer umfassenden Theorie umstritten [22]. Die vorhandenen Pflegetheorien stammen überwiegend aus den Vereinigten Staaten und lassen sich vier sozialwissenschaftlichen Theorietraditionen zuordnen:

- ▶ Bedürfnistheorien
- ▶ Interaktionstheorien
- ▶ Humanistische Theorien
- ▶ Ergebnisorientierte Theorien

Gemeinsam ist diesen Theorien, dass sie Pflege als Handlungs- und Interaktionszusammenhang erklären, der auf den Patienten gerichtet ist. Ihr Defizit liegt darin, dass sie wenig geeignet sind, Hilfeleistung für die pflegerische Praxis zu bieten [23].

Analog zur Entwicklung in den Vereinigten Staaten werden auch in Deutschland zunehmend Pflegetheorien mittlerer bis kurzer Reichweite diskutiert. Sie beleuchten spezielle Pflegekontexte und liefern Forschungsergebnisse, die für die Pflegepraxis direkt von Bedeutung sind und von dieser aufgegriffen werden können [24]. Mit ihrer Hilfe können Fragen der Praxis aufgearbeitet werden, Lösungsansätze für eng umgrenzte Situationen gefunden und deren Anwendbarkeit durch weitere Überprüfung in ähnlichen Situationen ausgedeutet werden. Beispiele für Theorien mittlerer bis kurzer Reichweite sind das »Illness-Constellation Model« von Morse und Johnson sowie die von Bosch entwickelte Theorie über die »Lebenswelt dementer alter Menschen« [25].

5.4 Beispiele pflegewissenschaftlicher Forschung

Die Bundesregierung hat ab 1988 ein Forschungsprojekt gefördert, das sich mit dem Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexikranken befasste [26]. Im Rahmen dieses Projektes wurden Möglichkeiten und Effekte der fördernden und aktivierenden Pflege untersucht und ein Managementmodell für die Pflege entwickelt, das die pflegerischen Aufgabenfelder den Bereichen der direkten Pflege und der Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie zuordnet. Auf diese Weise lässt sich die herkömmliche und nicht brauchbare Differenzierung in Grund- und Behandlungspflege überwinden.

Mitte der 90er Jahre, mit Inkrafttreten der Pflegeversicherung, erhielt das »Agnes Karll Institut für Pflegeforschung« den Auftrag, die Anwendung des Pflegeprozesses und die Umsetzung der Pflegedokumentation in Pflegeeinrichtungen wissenschaftlich zu untersuchen. In dem Projekt wurden wesentliche Ursachen für Defizite in der Umsetzung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation identifiziert. Wenn auch ursprünglich nicht vorgesehen, wurde außerdem ein Pflegedokumentationssystem entwickelt [27].

Das »Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung« in Köln bemüht sich gegenwärtig darum, auf Grundlage des aus der Schweiz stammenden Instrumentes »Leistungserfassung in der Pflege (LEP)« ein eigenständiges Modell zur Beschreibung von Pflegequalität und Pflegeleistung

zu entwickeln und klinisch zu erproben. Ziel ist, pflegerische Leistungen in Krankenhäusern auf der Basis definierter Qualitätsanforderungen quantifizierbar zu machen. Hierzu wurde in Projektkrankenhäusern exemplarisch das LEP eingeführt und auf Anwendbarkeit, Akzeptanz und Nutzen untersucht. Zudem wurden umfassende Zeitmessungen einzelner Pflegehandlungen durchgeführt. Angesichts der Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Diagnosis Related Groups (DRGs) erhofft man sich hierdurch eine geeignete Datenbasis für die Verbesserung und Weiterentwicklung der DRGs [28].

Das »Kuratorium Deutsche Altershilfe« hat modellhaft in 11 stationären Pflegeeinrichtungen das kanadische Personalbemessungsverfahren PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis) erprobt. Mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz wurde erreicht, dass Pflege- und Personalbedarfsermittlungsverfahren Bestandteil der Rahmenverträge der pflegerischen Versorgung werden. Im Gegensatz zu den Personalrichtwerten, die alternativ ebenfalls vereinbart werden können, bietet ein Personalbedarfsermittlungsverfahren wie PLAISIR den Vorteil, dass es individuell auf die Bedürfnisse der Bewohner abgestimmt ist. Nach der erfolgreichen Erprobung des Verfahrens steht nun der flächendeckende Einsatz in Deutschland an. Hierfür ist PLAISIR weiterzuentwickeln und an die deutschen Bedingungen in der Pflege anzupassen [30].

Darüber hinaus ist vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Jahr 2001 ein Förderschwerpunkt Pflegeforschung aufgelegt worden, über den innerhalb von 6 Jahren die Pflegeforschung in Deutschland mit einem Volumen von ca. 12,8 Mio. € gestärkt werden soll. Ziel dieses Schwerpunktes ist es, die Grundlagen für eine bedarfsgerechte Versorgung von Pflegebedürftigen zu entwickeln.

5.5 Arbeitsfelder für Akademikerinnen und Akademiker

Außerhalb der Hochschulen zeichnet sich in Deutschland vermehrt der Trend ab, Leitungs- und Schlüsselpositionen in Bildungseinrichtungen sowie im Pflegemanagement mit Personen zu besetzen, die sich durch eine pflegeorientierte Hochschulausbildung qualifiziert haben. Das zeigen aktuelle Verbleibstudien. Bevorzugte Tätigkeitsfelder für Akademiker und Akademikerinnen im Bereich Pflege liegen in den mittleren und oberen Managementpositionen von Krankenhäusern und ambulanten oder stationären Altenhilfeeinrichtungen.

Absolventen pflegepädagogischer oder vergleichbarer Studiengänge werden zukünftig vermehrt in Krankenpflegesschulen eine Anstellung finden. Grund sind die mit dem neuen Krankenpflegegesetz gestiegenen Anforderungen an Leiter und Lehrer von Krankenpflegesschulen. Neu eingestellte Kräfte müssen über eine Hochschulqualifikation verfügen.

Aber auch bei den Kostenträgern (Kranken- und Pflegekassen), der öffentlichen Verwaltung (Ministerien), bei Leistungserbringerverbänden sowie Hochschulen sind die Absolventen von Pflegestudiengängen anzutreffen. Die Verbleibstudien zeigen gleichzeitig, dass der ambulante Bereich als Arbeitgeber für Studienabsolventen trotz der hohen Zahl der Einrichtungen deutlich unterrepräsentiert ist. Zu den Aufgaben der Hochschulabsolventen zählen Qualitätssicherung, Management, Bildung, Beratung und Forschung.

6 Zukunftsherausforderungen für die Pflege

Die demographische Entwicklung in Deutschland stellt alle sozialen Sicherungssysteme vor große Herausforderungen. Allgemein wird erwartet, dass die Zahl derjenigen Menschen, die auf pflegerische Leistungen angewiesen sind, durch die demographischen Verschiebungen deutlich zunehmen wird. Darüber hinaus ist für die weitere Entwicklung der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit von entscheidender Bedeutung, wie sich die Verschiebungen in der Altersstruktur der Gesellschaft auf die Pflegepotenziale auswirken werden, also auf die Bereitschaft derjenigen, die als Laien oder als professionelle Pflegekräfte die Pflege übernehmen.

6.1 Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Gemäß der in Tabelle 15 zusammengefassten Ergebnisse von Modellrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung (10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes, Variante 5) wird die Gesamtbevölkerung bis zum Jahr 2040 von heute ca. 82,5 Mio. auf 78,5 Mio. Menschen abnehmen.

Verantwortlich für die Schrumpfung der Gesamtbevölkerung werden die Rückgänge in den Altersgruppen der unter 20-Jährigen (-24,7%) und der 20- bis 60-Jährigen (-16,2%) sein. Demgegenüber wird die Altersgruppe der über 60-Jährigen um 37,6% wachsen. Besonders hohe Zunahmen sind in den Altersgruppen über 75 Jahren zu erwarten, also in den Altersgruppen, die im starken Maße von Pflegebedürftigkeit betroffen sind.

Tabelle 15
Voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung in Deutschland bis 2040, nach Altersgruppen
 Angaben in Tsd.
 Quelle: 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes,
 Variante 5; eigene Berechnungen

Altersgruppe	2002	2010	2020	2030	2040	2040:2002 in Prozent
unter 15	12.416	11.258	10.701	10.182	9.318	-24,9
15–19	4.673	4.267	3.851	3.745	3.556	-23,9
20–24	4.841	5.150	4.441	3.972	3.941	-18,6
25–29	4.679	5.180	4.816	4.391	4.278	-8,6
30–34	6.072	5.115	5.604	4.890	4.419	-27,2
35–39	7.235	5.124	5.385	5.020	4.595	-36,5
40–44	6.777	6.752	5.184	5.666	4.957	-26,8
45–49	5.890	7.183	5.122	5.378	5.017	-14,8
50–54	5.411	6.283	6.632	5.106	5.582	3,2
55–59	4.439	5.489	6.933	4.960	5.220	17,6
60–64	5.664	4.676	5.935	6.294	4.869	-14,0
65–69	4.637	4.388	5.014	6.390	4.600	-0,8
70–74	3.580	4.843	4.043	5.207	5.581	55,9
75–79	2.857	3.178	3.436	4.051	5.263	84,2
80–84	1.912	2.301	3.249	2.830	3.750	96,1
85–89	873	1.330	1.595	1.793	2.263	159,2
90 unter älter	579	549	883	1.344	1.328	129,6
Gesamt	82.537	83.066	82.822	81.220	78.539	-4,8

Tabelle 16a

Prognose der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung bis 2040 bei konstanten alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzraten, gesamt

Quelle: BMGS, Statistik PG 2, 2002; Statistisches Bundesamt,

10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 5; eigene Berechnungen

Altersgruppe	2002	2010	2020	2030	2040	2040:2002 in Prozent
unter 15	66.455	60.263	57.288	54.510	49.884	-24,9
15–19	25.759	23.511	21.225	20.639	19.598	-23,9
20–24	21.108	22.472	19.376	17.333	17.199	-18,5
25–29	19.121	21.168	19.676	17.943	17.481	-8,6
30–34	24.566	20.670	22.652	19.768	17.862	-27,3
35–39	31.298	22.144	23.268	21.687	19.853	-36,6
40–44	33.076	32.956	25.281	27.639	24.182	-26,9
45–49	32.343	39.456	28.124	29.528	27.544	-14,8
50–54	37.711	43.789	46.222	35.583	38.901	3,2
55–59	43.314	53.548	67.676	48.390	50.930	17,6
60–64	83.196	68.697	87.252	92.568	71.517	-14,0
65–69	115.062	108.946	124.481	158.885	114.275	-0,7
70–74	161.907	219.010	182.805	235.456	252.373	55,9
75–79	246.496	270.045	291.342	343.169	444.545	80,3
80–84	335.885	393.755	549.984	477.536	630.692	87,8
85–89	304.488	459.970	533.075	596.770	750.443	146,5
90 unter älter	307.184	292.901	458.559	685.471	674.839	119,7
Gesamt	1.888.969	2.153.300	2.558.288	2.882.875	3.222.117	70,6

Prognosen über die zukünftige Entwicklung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen basieren auf Modellrechnungen. Ein entscheidender Faktor dieser Modellrechnungen sind die Pflegehäufigkeiten bzw. Pflegewahrscheinlichkeiten (Prävalenzen). Eine gängige Hypothese ist die so genannte Status-quo-Prognose, die davon ausgeht, dass der Eintritt von Pflegebedürftigkeit (Inzidenz) und die Betroffenheit von Pflegebedürftigkeit (Prävalenz) bezogen auf das Alter konstant bleiben, obwohl die Lebenserwartung in allen Altersjahrgängen steigt. Ihre Vertreter kommen zu dem Ergebnis, dass die Zahl der Leistungsempfänger in der sozialen Pflegeversicherung von heute ca. 1,9 Mio. auf ca. 3,2 Mio. im Jahr 2040 ansteigen wird, was einer Zunahme um 70,6 % entsprechen würde (Tabellen 16a, 16b und 16c).

Nach der Status-quo-Prognose ist der Anstieg der Leistungsempfänger in den Gruppen über 75 Jahren am deutlichsten. Er liegt in der Gruppe

der 75- bis 79-Jährigen bei 80,3 % und wächst bis zur Gruppe der 90-Jährigen und Älteren auf 119,7 % an.

Gegen die Status-quo-Prognose wird eingewandt, dass es fraglich ist, einen gleichbleibenden Zusammenhang zwischen kalendarischem Lebensalter und Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf anzunehmen. Stattdessen gehen die Vertreter der Kompressionsthese [31] davon aus, dass sich bei steigender Lebenserwartung die Phase, in der mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu rechnen ist, in ein höheres Lebensalter verlagert. Dies würde bei steigender Lebenserwartung dazu führen, dass Pflegebedürftigkeit erst zu einem späteren Zeitpunkt eintritt und sich in höhere Altersgruppen verschiebt. Die altersspezifischen Pflegequotienten würden damit sinken. Nach einer Berechnung von Rothgang würde sich bei tendenzieller Gültigkeit der Kompressionsthese die Zahl der Leistungsempfänger bis zum Jahre 2040 nur auf 2,69 Mio. erhöhen [32].

Tabelle 16b

Prognose der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung bis 2040 bei konstanten alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzraten, Männer

Quelle: BMGS, Statistik PG 2, 2002; Statistisches Bundesamt,

10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 5; eigene Berechnungen

Altersgruppe	2002	2010	2020	2030	2040	2040:2002 in Prozent
unter 15	37.993	34.479	32.787	31.201	28.557	-24,8
15–19	14.927	13.599	12.296	11.958	11.356	-23,9
20–24	12.099	12.943	11.158	9.985	9.909	-18,1
25–29	10.830	11.989	11.130	10.160	9.897	-8,6
30–34	13.634	11.328	12.461	10.865	9.816	-28,0
35–39	17.176	12.001	12.575	11.702	10.719	-37,6
40–44	17.582	17.530	13.224	14.520	12.689	-27,8
45–49	16.758	20.641	14.518	15.206	14.162	-15,5
50–54	19.071	22.355	23.648	17.895	19.665	3,1
55–59	22.468	27.655	35.517	25.075	26.355	17,3
60–64	44.296	36.616	46.872	49.911	37.995	-14,2
65–69	58.600	55.954	63.961	83.256	59.237	1,1
70–74	71.922	100.611	84.868	110.931	119.863	66,7
75–79	76.426	101.104	111.859	133.280	178.223	133,2
80–84	75.974	115.020	175.758	156.355	212.132	179,2
85–89	53.486	88.292	139.334	161.448	208.463	289,8
90 unter älter	44.128	39.636	81.229	140.583	142.664	223,3
Gesamt	607.370	721.755	883.197	994.331	1.111.702	83,0

Eine dritte Hypothese, die auch als Medikalisierungsthese [33] bezeichnet wird, besagt, dass sich bei steigender Lebenserwartung die Morbiditätsphase verlängert. Die Verlängerung der allgemeinen Lebenserwartung wird nach dieser These durch eine Zunahme chronischer Krankheiten und durch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes in den höheren Altersgruppen »erkauf« und führt damit zu steigenden altersspezifischen Pflegehäufigkeiten. Unter der Annahme progressiv ansteigender Pflegehäufigkeiten kommt Dietz zu dem Ergebnis, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2040 auf über 4,4 Mio. ansteigen wird [34].

Alle Modellrechnungen zeigen eine hohe Sensitivität der Ergebnisse in bezug auf die Veränderung der Pflegewahrscheinlichkeit. Auch wenn die Modellrechnungen zu weit auseinander liegenden Ergebnissen kommen, so stimmen sie doch in der Richtung überein. Nach allen Prognosen wird die

Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahre 2040 deutlich ansteigen. Entsprechend stark wird der Bedarf an Betreuungs- und Unterstützungsleistungen der Pflege zunehmen.

6.2 Entwicklung des Pflegepotenzials

Ob der zunehmende Unterstützungsbedarf sich in einer steigenden Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen niederschlagen wird, hängt entscheidend von der Entwicklung des familiären Pflegepotenzials ab. Die entscheidende Gruppe sind die 50- bis 70-jährigen Frauen. Dieses weibliche Pflegepotenzial wird sich in den Ländern der Europäischen Union bis zum Jahre 2030 um 25% verringern. Verschärft wird sich die Situation durch veränderte Familien- und Haushaltsstrukturen, die u. a. in einer Verringerung der Personenzahl pro Privathaushalt und in einer Zunahme

Tabelle 16c

Prognose der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung bis 2040 bei konstanten alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzraten, Frauen

Quelle: BMGS, Statistik PG 2, 2002; Statistisches Bundesamt,

10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 5; eigene Berechnungen

Altersgruppe	2002	2010	2020	2030	2040	2040:2002 in Prozent
unter 15	28.462	25.784	24.501	23.308	21.327	-25,1
15–19	10.832	9.911	8.928	8.681	8.242	-23,9
20–24	9.009	9.529	8.218	7.348	7.290	-19,1
25–29	8.291	9.179	8.546	7.783	7.584	-8,5
30–34	10.932	9.342	10.191	8.902	8.046	-26,4
35–39	14.122	10.143	10.693	9.985	9.135	-35,3
40–44	15.494	15.426	12.057	13.119	11.493	-25,8
45–49	15.585	18.815	13.606	14.322	13.381	-14,1
50–54	18.640	21.434	22.574	17.688	19.235	3,2
55–59	20.846	25.893	32.159	23.315	24.575	17,9
60–64	38.900	32.082	40.380	42.657	33.522	-13,8
65–69	56.462	52.991	60.520	75.629	55.038	-2,5
70–74	89.985	118.398	97.937	124.525	132.510	47,3
75–79	170.070	168.941	179.483	209.889	266.322	56,6
80–84	259.911	278.735	374.226	321.181	418.560	61,0
85–89	251.002	371.678	393.742	435.322	541.981	115,9
90 unter älter	263.056	253.265	377.330	544.888	532.175	102,3
Gesamt	1.281.599	1.431.545	1.675.091	1.888.543	2.110.416	64,7

der Ein-Personen-Haushalte zum Ausdruck kommen. Dahinter lassen sich als gesellschaftliche Ursachen die tendenzielle Auflösung der Mehrgenerationenfamilie und die Zunahme individualisierter Lebensentwürfe ausmachen. Mit dem Rückgang der Mehr-Personen-Haushalte reduziert sich auch das häusliche Pflegepotenzial.

Eine weitere wichtige Einflussgröße ist die zunehmende Erwerbstätigkeit der Frauen. Es ist davon auszugehen, dass die Tendenz steigender Frauenerwerbsquoten weiter anhalten wird. Da eine intensive Pflegebetreuung in der Regel kaum mit einer eigenen außerhäuslichen Berufstätigkeit der Pflegeperson zu vereinbaren ist, kommt es zu einer Verringerung des häuslichen Pflegepotenzials.

Vor diesem Hintergrund müssen Männer stärker in die Pflege einbezogen werden. Nach einer Untersuchung von Schneekloth und Müller [35] wird die Laienpflege nur in 20 % der Fälle von Männern übernommen. In der Mehrzahl wird da-

bei die eigene Ehefrau gepflegt. Wenn in den nächsten Jahren die Nachkriegsjahrgänge alt werden, wird der Anteil der Männer in den höheren Altersstufen und folglich der Anteil der Mehr-Personen-Haushalte zunehmen. Entsprechend wird sich das männliche Pflegepotenzial erhöhen. Jedoch wird dies nicht ausreichen, um den oben beschriebenen Rückgang des Pflegepotenzials insgesamt zu kompensieren.

Soziologische Untersuchungen weisen allerdings darauf hin, dass die Veränderung der Familien- und Haushaltsstrukturen entgegen der These von der »Krise der Familie« bislang nicht zu einem Nachlassen der Solidarität zwischen den Generationen geführt hat. Die empirischen Befunde sprechen vielmehr dafür, dass enge Beziehungen, häufige und regelmäßige Kontakte und gegenseitige Hilfeleistungen zwischen den Generationen auch unter den Bedingungen pluralisierter Lebensformen und Verwandtschaftsstrukturen

aufrecht erhalten werden. Aus dieser Bereitschaft zur Solidarität zwischen den Generationen kann jedoch nicht ohne weiteres auf die Bereitschaft zur Erbringung ebenso wenig wie auf die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von familialen Pflegeleistungen geschlossen werden.

Die dargelegten Beeinflussungsfaktoren des familiären Pflegepotenzials sprechen dafür, dass der Trend in Richtung professioneller Pflege, insbesondere in Richtung stationärer Pflege, anhalten wird. Die demographischen Altersverschiebungen werden im Zusammenwirken mit Veränderungen der Familienstrukturen zu einer steigenden Nachfrage nach ambulanten Sachleistungen und noch deutlicher nach stationärer Pflege führen. Dieser Trend darf jedoch nicht dahingehend überinterpretiert werden, dass die professionelle Pflege die Laienpflege ablösen wird. Ganz im Gegenteil stellt die Laienpflege nach wie vor ein wesentliches Element der Pflege dar. Deshalb müssen neben der professionellen Pflege auch Formen informeller Pflege und niedrigschwellige Angebote an Bedeutung gewinnen, um künftig die Pflege sicherzustellen.

6.3 Demenz

Die Demenz¹ ist eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter [36]. Sie stellt gleichzeitig eine der bedeutendsten Entstehungsursachen von Pflegebedürftigkeit und damit der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen dar. Mit Demenz wird ein fortschreitender Verlust an Gedächtnisleistungen und kognitiven Funktionen bezeichnet, der meist nach mehrjährigem Verlauf in geistigen Verfall übergeht und schließlich zur völligen Pflegebedürftigkeit führt. Die Demenz umfasst eine Reihe von Krankheitsbildern mit unterschiedlicher Ursache, die unter Umständen andere Anforderungen an die Pflege stellen. Zu den wichtigsten Erkrankungen zählen die Alzheimerkrankheit und die vaskuläre Demenz, wobei letzterer eine Erkrankung der Blutgefäße zugrunde liegt. Die häufig zu Demenz führenden Krankheiten sind chronisch und irreversibel. Die durchschnittliche Lebensdauer vom Beginn der ersten Symptome bis zum Tod liegt bei etwa acht Jahren [37].

Allgemein wird zwischen leichten, mittelschweren und schweren Demenzen unterschieden.

Bei leichten Demenzen liegen zwar kognitive Störungen vor, welche die Bewältigung alltäglicher Situationen einschränken. Sie sind aber noch nicht so ausgeprägt, dass die Betroffenen von anderen Personen abhängig sind. Im mittelschweren Stadium kommen die Patienten nicht mehr ohne fremde Hilfe zurecht. Sie sind auf ständige Unterstützung und Förderung angewiesen. Schwere Demenzen führen dazu, dass die Betroffenen in keiner Weise mehr zur Bewältigung auch der einfachsten alltäglichen Anforderungen in der Lage sind. Sie benötigen permanente Begleitung, Betreuung und pflegerische Versorgung. In Deutschland leiden Schätzungen zufolge mehr als 950.000 Menschen an mittelschwer und schwer ausgeprägten Demenzerkrankungen [38]. Demenzerkrankungen sind alterskorreliert, das heißt sie nehmen mit steigendem Alter zu. So liegt die Prävalenz von mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland bei den 65- bis 69-Jährigen bei etwa 1%. Sie verdoppelt sich im Abstand von jeweils etwa fünf Altersjahren und steigt bei den 90-Jährigen und Älteren auf fast 35% an (Tabelle 17). Auf Grund der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebenserwartung handelt es sich bei den Erkrankten weitaus häufiger um Frauen als um Männer (ca. 70% gegenüber 30%).

Tabelle 17
Prävalenz von mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland 1996
Quelle: Bickel 1999 [38]

Altersgruppe	Prävalenzrate in Prozent	Schätzung der Krankenzahl
65–69	1,2	50.000
70–74	2,8	94.000
75–79	6,0	136.000
80–84	13,3	225.000
85–89	23,9	253.000
90 und älter	34,6	142.000
65 und älter	7,2	900.000

¹ Vergleiche auch das Themenheft »Demenz« der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (in Vorbereitung)

Vor dem Hintergrund der sich abzeichnenden demographischen Veränderungen wird die Zahl der an Demenz Erkrankten in den nächsten Jahren deutlich ansteigen. Wird kein Durchbruch in der Prävention und Therapie dieser Erkrankungen erzielt, könnte vorliegenden Berechnungen zufolge die Zahl der Demenzkranken bis zum Jahr 2040 auf ca. 1,8 Mio. ansteigen. Um den daraus resultierenden Herausforderungen gerecht werden zu können, muss dringend über Veränderungen im pflegerischen und gesundheitlichen Versorgungssystem nachgedacht werden.

Gegenwärtig ist die Versorgung nicht ausreichend auf die Bedürfnisse der Demenzkranken eingestellt. Hinweise auf eine suboptimale Versorgung von Menschen mit Demenz finden sich in allen sozialen, pflegerischen und medizinischen Versorgungssegmenten. Zwar liegen vielfältige Erkenntnisse über eine angemessene Diagnostik und Therapie dieser Patientengruppe vor, doch vielfach mangelt es an der Umsetzung dieses Wissens in der Versorgungsrealität. Es gibt Hinweise dafür, dass die Möglichkeiten zur Erkennung von Demenzerkrankungen zu häufig nicht genügend genutzt werden. Die Defizite in der Frühdiagnostik zeigen sich darin, dass die Diagnose »Alzheimer« häufig erst Jahre nach Auftreten der ersten Symptome gestellt wird. Die behandelnden Hausärzte sind in vielen Fällen nicht ausreichend sensibilisiert, die ersten verdächtigen Symptome wahrzunehmen und eine angemessene Diagnostik einzuleiten. Außerdem werden viele Patienten erst sehr spät an in der Erkennung und Behandlung von Demenzen erfahrene Fachärzte überwiesen. Die Möglichkeiten der medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie werden nicht immer ausgeschöpft. Aber auch unter Anwendung der zur Behandlung der Alzheimer-Demenz zugelassenen modernen Pharmaka kann diese Krankheit nicht geheilt, sondern der Krankheitsverlauf lediglich um ca. 6–12 Monate hinausgeschoben werden. Nicht-medikamentöse Behandlungsmaßnahmen können sich positiv auf die Bereiche Kognition, Emotionalität und Verhalten auswirken.

Bei der pflegerischen Versorgung von Demenzkranken bestehen ebenfalls Verbesserungsmöglichkeiten. Pflege ist ihrem Selbstverständnis entsprechend nach wie vor eher somatisch ausgerichtet. Entsprechend ist die Planung und Ausgestaltung der Pflege zu wenig auf die Bedürfnisse

der Demenzkranken eingestellt. Es fehlt vor allem an Leistungs- und Betreuungsangeboten, welche die pflegenden Angehörigen der Demenzkranken dauerhaft wirksam entlasten und damit einer drohenden Überforderung entgegenwirken. Aus- und Weiterbildungsangebote für Mediziner, Pflegefachkräfte und andere Therapeuten sollten flächendeckend angeboten werden. Außerdem sind die verschiedenen Bereiche der Diagnostik, Kuratation, Rehabilitation und Pflege zu wenig vernetzt. Durch verbesserte Koordination und Kooperation zwischen den genannten Leistungsbereichen ist eine Verbesserung der Versorgung Demenzkranker zu erwarten.

6.4 Vernetzung

Eine weitere große Zukunftsherausforderung für das Berufsfeld wie auch die Profession Pflege sind die Übergänge im medizinischen und pflegerischen Versorgungssystem. Ein Defizit an Vernetzung lässt sich auf verschiedenen, sich aber teilweise überschneidenden Ebenen ausmachen:

- ▶ Mangelnde Vernetzung zwischen den Versorgungssegmenten, u. a. zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, aber auch zur Rehabilitation, Prävention und Pflege
- ▶ Mangelnde Vernetzung zwischen den Professionen, insbesondere den ärztlichen und pflegerischen, aber auch anderen Gesundheitsberufen
- ▶ Mangelnde Vernetzung zwischen den Kostenträgern.

Diese »Versorgungsbrüche« an den Schnittstellen zwischen Segmenten, Professionen und Kostenträgern verursachen nicht nur erhebliche Kosten, sondern behindern auch die Umsetzung ganzheitlicher, patientenorientierter pflegerischer Konzepte. Auf diesen Bedarf an Versorgungsalternativen hat der Gesetzgeber bereits reagiert und Rahmenbedingungen geschaffen, die Krankenkassen und Leistungserbringern mehr Spielräume zur Versorgungsgestaltung durch Modellvorhaben, Strukturverträge, integrierte Versorgung und Disease-Management-Programme geben.

Eine Strategie zur engeren Vernetzung ist Case-Management. Case-Management zielt auf

verbesserte Behandlungsqualität und Patientenorientierung bei gleichzeitiger Kosteneinsparung. Eine Schlüsselfunktion kommt dabei dem so genannten Case-Manager zu. Er soll für die Organisation eines optimalen Behandlungs- und Betreuungsprozesses sorgen. Als Case-Manager wird in Deutschland vielfach der Hausarzt gesehen.

Diese hausarztorientierten Case-Management-Modelle beziehen sich bisher fast ausschließlich auf medizinische Leistungen. Soziale und pflegerische Vernetzungsleistungen spielen dagegen in diesen Modellen kaum eine Rolle. In anderen Ländern ist es schon selbstverständlich, dass professionell Pflegende Vernetzungsfunktionen wahrnehmen. Dort ist Case-Management seit langem als pflegerisches Handlungsfeld etabliert. Aufgrund ihrer Nähe zur Alltagssituation der pflege- und hilfebedürftigen Menschen können professionell Pflegende Hilfebedarfe sachgerecht einschätzen, beraten, erforderliche Hilfen anbahnen und bei pflegerischen Fragen und Problemen praktikable Lösungen anbieten. Aus diesem Grunde liegt es nahe, Vernetzung und Case-Management in Zukunft auch in Deutschland als pflegerisches Tätigkeitsfeld zu implementieren. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf das von den Pflegekassen getragene Modellvorhaben zur Erprobung personengebundener Budgets (nach § 8 Abs. 3 SGB XI), in dessen Rahmen auch Case-Management-Strukturen in der pflegerischen Versorgung erprobt werden.

6.5 Ausblick

Die absehbare demographische Entwicklung wird im Ergebnis zu einer deutlich steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen führen. Entsprechend hat die Gesellschaft zukünftig mehr Ressourcen für die Pflege bereitzustellen. Auch wenn noch offen ist, wie diese Ressourcen finanziert werden sollen, sind die Strukturen der pflegerischen Versorgung auf diese Zukunftsherausforderungen auszurichten.

Von großer Bedeutung ist die zukünftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen. Der zu erwartende Fallzahlenanstieg sollte Ausgangspunkt für sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen sein. Bereits heute sollten Präventionsprogramme gestartet werden, um häufig vorkommende Aus-

löser von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Hierzu gehören z. B. Sturzprophylaxe im Alter und Programme zur frühzeitigen Schlaganfallerkennung, die in anderen europäischen Ländern bereits mit großem Erfolg praktiziert werden. Ebenso sollte künftig der geriatrischen Rehabilitation ein höherer Stellenwert eingeräumt werden, um vorhandene Ressourcen der Pflegebedürftigen zu reaktivieren oder zu erhalten.

Darüber hinaus sollten die Anreize zur häuslichen Pflege aufrecht erhalten und ausgebaut werden. Ohne das familiäre und nachbarschaftliche Pflegepotenzial werden die Zukunftsherausforderungen der Pflege nicht zu bewältigen sein. In diesem Zusammenhang ist auch über neue Ansätze des ehrenamtlichen und bürgerschaftlichen Engagements in der Pflege nachzudenken. Bei aller Berechtigung, die Möglichkeiten der familiären, nachbarschaftlichen und ehrenamtlichen Hilfe heraus zu stellen, dürfen jedoch die Grenzen der Laienpflege nicht übersehen werden. Bevor Pflegebedürftigkeit wegen zu hoher körperlicher und psychischer Belastung zur Dekompensation der Laienpflegenden führt und die pflegerische Versorgung in der Häuslichkeit gefährdet ist, sollte professionelle Pflege die Laienpflege ergänzen oder sogar an deren Stelle treten.

Gerade vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung ist das Berufsfeld der Pflege attraktiver zu gestalten. Pflege ist als eigenständiger Gesundheitsberuf zu betrachten, der in enger Kooperation mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Therapeuten zu einer umfassenden gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung beiträgt. Dies könnte durch eine breit angelegte Grundqualifizierung der Pflegefachkräfte mit darauf aufbauender Spezialisierung erreicht werden.

Pflegeexperten stehen dem Trend zur stationären Pflege zunehmend kritisch gegenüber. Neue Wohnformen wie Hausgemeinschaften und Wohngemeinschaften stellen eine Alternative zum Leben im Heim dar, die auch den Wünschen vieler Pflegebedürftigen entspricht. Wichtig ist dabei der Aufbau eines neuen pflegerischen Versorgungsfeldes zwischen ambulanter und stationärer Pflege.

Die zweite zentrale Zukunftsherausforderung für die Pflege ist die Versorgung bei Demenz. Das medizinische und pflegerische Versorgungssystem sollte stärker auf die Bedürfnisse der Demenzkranken ausgerichtet werden. Für die Pflege

bedeutet dies, dass die Entlastungsangebote für pflegende Angehörige aus- bzw. zunächst einmal aufzubauen sind. Insbesondere die häufig an der Grenze zur Überforderung stehenden pflegenden Angehörigen können durch niedrigschwellige Betreuungsangebote wie Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung der Angehörigen unterstützt werden. Hierbei kann auch ehrenamtliches Engagement einbezogen werden. Ebenso können Pflegedienste besondere Angebote der allgemeinen Betreuung aufbauen und damit zu einer Erweiterung des Versorgungsangebotes beitragen.

Darüber hinaus ist es dringend notwendig, bestehende Pflegeeinrichtungen besser auf die Bedürfnisse gerontopsychiatrischer Patienten einzustellen. Kleine Organisationseinheiten in Pflegeheimen, das Prinzip der Bezugspersonenpflege sowie eine gute Biografiearbeit (»Erinnerungs-
pflege«) bieten vielversprechende Lösungsansätze, die auch kurzfristig in der Praxis umsetzbar sind. Hierbei gilt es, einen ganzheitlichen lebensweltlichen Ansatz umzusetzen. Eine weitere wesentliche Dimension der Versorgung von demenziell Erkrankten sind die Angehörigen. Die der Demenz eigenen Krankheitserscheinungen bedingen eine erhebliche Mitbetroffenheit der Lebenspartner und Angehörigen der Patienten. Die Versorgung sollte deshalb die Partner und Angehörigen in das Betreuungskonzept einbeziehen. Die dargestellten Elemente der Versorgung zeigen die besondere Bedeutung von Vernetzung und Integration für den Erfolg der Behandlung und Betreuung. Disease-Management-Programme unter Einschluss der pflegerischen Versorgung könnten neue Initiativen zur Verbesserung der Versorgungs- und Betreuungssituation dieses Personenkreises anstoßen.

Mit dem Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27.12.2003 wurde das Persönliche Budget im Neunten Sozialgesetzbuch zum trägerübergreifenden Budget weiter ausgestattet und auf pflegerische Leistungen ausgeweitet. Behinderte oder pflegebedürftige Menschen erhalten damit einen größeren Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum hinsichtlich der Art und des Zeitpunktes der Leistungserbringung und der Auswahl des Leistungserbringers. Die Leistungsform des Persönlichen Budgets soll soweit wie möglich die stationäre Be-

treuung vermeiden und damit den Grundsatz ambulant vor stationär besser umsetzen. Das Persönliche Budget ist auch ein mögliches Steuerungsinstrument, z. B. für den Ausbau alternativer Wohnformen anstelle stationärer Versorgung.

Dies weist auf die dritte große Zukunftsherausforderung für die Pflege hin: die Vernetzung. Solange die Schnittstellenprobleme, etwa zwischen kurativer Medizin und Langzeitpflege, zwischen ambulanter und stationärer Versorgung oder zwischen ärztlicher und pflegerischer Profession nicht ausreichend gelöst sind, werden ganzheitliche Pflege und Patientenorientierung immer wieder auf die bekannten strukturellen Hemmnisse stoßen. Ein erster Ansatz zur Überwindung von Schnittstellenproblemen kann Case-Management sein, das auch im Zusammenhang mit der Erprobung von systemübergreifenden persönlichen Budgets eine Rolle spielt. Welche Rolle die Pflege im Case-Management spielen könnte, zeigt das Beispiel Skandinavien. Dort führen professionelle Pflegekräfte mit großem Erfolg aufsuchende präventive Beratungen bei älteren Menschen durch. Hierdurch können bereits frühzeitig Hilfebedarfe und Präventionspotenziale erkannt und adäquate Versorgungsangebote organisiert werden. Durch diese frühzeitig eingreifende Unterstützung kann vielen Pflegebedürftigen oft über einen längeren Zeitraum als bisher das Leben in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld ermöglicht werden. Im Rahmen der Stärkung der Prävention in der Kranken- und Pflegeversicherung kann der präventive Hausbesuch ein Ansatz sein, der allerdings zunächst modellhaft erprobt werden sollte.

Um diese und ähnliche Modelle auch in Deutschland erfolgreich implementieren zu können, sind allerdings noch einige Bedingungen zu erfüllen. Die Qualifizierung der Pflegefachkräfte muss mit internationalen Entwicklungen Schritt halten. Versorgungsbrüche im sozialen Sicherungssystem müssen abgebaut und reibungslose Übergänge zwischen verschiedenen Institutionen sowie eine abgestimmte Versorgung durch die beteiligten Professionen ermöglicht werden.

Erste Schritte in diese Richtung sind bereits unternommen worden: Der mit Förderung des BMGS entwickelte Expertenstandard »Entlastungsmanagement« weist der Pflege eine entscheidende Rolle zu. Gemäß diesem Experten-

standard haben Pflegende vielfältige Koordinierungsfunktionen wahrzunehmen, um einen reibungslosen Übergang in die häusliche Umgebung sicher zu stellen.

Da die Zukunftsherausforderungen erkannt sind, können die Rahmenbedingungen für die Pflege weiter verbessert werden. Durch eine am demographischen und gesellschaftlichen Wandel ausgerichtete Politik und entsprechende institutionelle Anpassungen sind die anstehenden Aufgaben lösbar, um auch den künftigen Generationen im Bedarfsfall eine qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung zu gewährleisten.

Quellenverzeichnis

1. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (Hrsg) (2003) Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2001/2002. Essen
2. Verbrugge LM, Jette AM (1994) The disablement process. In: Social Science and Medicine, 38: 1–14
3. Steinhagen-Thiessen E, Borchelt M (1996) Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Berlin. S 151–183
4. Robert Koch-Institut (in Vorbereitung) Gesundheitspersonalrechnung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin
5. Schaeffer D, Ewers M (2000) Ambulantisierung – Konsequenzen für die Pflege. In: Gesundheits- und Gesellschaftswissenschaft 1: 13–20
6. Hundenborn G (2002) Stationäre Akutpflege. In: Schaeffer D, Moers M, Steppe H et al. Pflege-theorien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. S 663–688
7. Statistisches Bundesamt (2003) Gesundheitspersonalrechnung. Bonn (www.gbe-bund.de)
8. Hunstein D, Bartholomeyczik S (2001) DRGs und Pflege. In: Dr. med. Mabuse, 3/4: 24–26
9. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2001) Alter und Gesellschaft. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin
10. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2002) Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin
11. Brüggemann J, Pick P (2001) Was bringt das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz? In: Die Schwester/Der Pfleger, (40) 6: 502–506 u. 609–611
12. Robert Koch-Institut (2002) Dekubitus. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 12. Berlin
13. Brüggemann J (2002) Der Pflegeprozess in der Altenpflege – Eine umfassende Herausforderung für das Pflegemanagement. In: Igl G, Schiemann D, Gerste B et al. Qualität in der Pflege. Stuttgart New York. 337–348
14. Büse F, Kämmer K (1995) Heim Aktuell. Leitungshandbuch für Pflegeeinrichtungen. Grundwerk, Band 1–3. Hannover
15. Schiemann D, Moers M (2002) Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. In: Igl G, Schiemann D, Gerste B et al. (Hrsg) Qualität in der Pflege. Stuttgart, New York. S 205–225
16. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2004) Berufsbildungsbericht 2004. Berlin
17. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2002) Personal und Ausbildungssituation in der Kranken- und Altenpflege. Bonn
18. Rennen-Allhoff B (2000) Qualifikatorische Rahmenbedingungen: Berufliche Bildung in der Pflege. In: Rennen-Allhoff B, Schaeffer D (Hrsg) Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München. S 283–306
19. Flieder M (2001) Schnell weg? Verbleib und Fluktuation im Pflegeberuf. In: Dr. med. Mabuse, 11/12: 29–32
20. Hasselhorn HM, Tackenberg P, Müller BH (2003) Vorzeitiger Berufsausstieg aus der Pflege in Deutschland als zunehmendes Problem für den Gesundheitsdienst – eine Übersichtsarbeit. In: Das Gesundheitswesen 64: 40–46
21. National Institute for Working Life (2003) Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Stockholm
22. Friesacher H, Remmers H (2001) Pflegewissenschaft. Einführung – Bedeutung und Stellung der Pflegewissenschaft: wissenschaftstheoretische Bezüge. Studienbrief Pflegewissenschaft 1. Fernfachhochschule Hamburg. Hamburg

23. Moers M, Schaeffer D, Steppe H (1997) Pflegewissenschaft – Entwicklungsstand und Perspektiven einer neuen Disziplin. In: Schaeffer D, Moers M, Steppe H et al. *Pflegetheorien*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. S 7–16
24. Moers M, Schaeffer D, Steppe H (1997) *Pflegetheorien aus den USA – Relevanz für die deutsche Situation*. In: Schaeffer D, Moers M, Steppe H, et al. *Pflegetheorien*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. S 281–295
25. Schnepf W (1997) *Perspektiven der Pflegewissenschaft*. In: *Pflege*, 10: 96–101
26. Krohwinkel M (1993) *Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexikranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege*. Baden-Baden
27. Höhmann U, Weinrich H, Gätschenberger G (1997) *Neues Dokumentationssystem zur vereinfachten patientenbezogenen Umsetzung des Pflegeprozesses in ambulanter und stationärer Langzeitpflege – Kurzbericht zu einem Forschungsprojekt*. In: *Pflege*, 10: 157–163
28. Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hrsg) (2001) *Pflegequalität und Pflegeleistungen I. Bericht über die erste Phase des Projektes »Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen«*. Freiburg, Köln
29. Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hrsg) (2002) *Pflegequalität und Pflegeleistungen II. Bericht über die zweite Phase des Projektes »Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen«*. Freiburg, Köln
30. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2002) *Qualitative und quantitative Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs in deutschen Altenheimen. Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt*. Schriftenreihe Band 225. Berlin
31. Fries JF (1984) *The Compression of Morbidity*. In: *The Gerontologist*, 24, 4: 354–359
32. Rothgang H (2001) *Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte. Expertise für die Enquête-Kommission »Demographischer Wandel« des Deutschen Bundestages*. Bremen
33. Verbrugge LM (1984) *Longer Life but worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-Aged and older Persons*. In: *The Milbank Quarterly*, 62: 474–519
34. Dietz B (2002) *Die Pflegeversicherung – Anspruch, Wirklichkeiten und Zukunft einer Sozialreform*. Wiesbaden
35. Schneekloth U, Müller U (2000) *Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, 127. Baden-Baden
36. Robert Koch-Institut (2002) *Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 10*. Berlin
37. Förstl H, Lauter H, Bickel H (2000) *Ursachen und Behandlungskonzepte der Demenzen. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission. 3. Altenbericht der Bundesregierung*. München
38. Bickel H (1999) *Epidemiologie der Demenzen*. In: Förstl H, Bickel H, Kurz A (Hrsg) *Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie*. Berlin, Heidelberg. S 9–32

Weiterführende Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg) (2003) Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme – Bericht der Kommission (Rürup-Kommission). Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg) (2004) Entwicklung der Pflegeversicherung. Zweiter Bericht. Bonn
- Christlich Demokratische Union Deutschlands (Hrsg) (2003) Bericht der Kommission Soziale Sicherheit zur Reform der sozialen Sicherungssysteme (Herzog-Kommission). Berlin
- Deutscher Bundestag (2002) Schlussbericht der Enquête-Kommission. Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. BT-Drucksache 14/8800. Berlin
- Deutscher Bundestag (2001) Unterrichtung durch die Bundesregierung – Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. BT-Drucksache 14/5590. Berlin
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, Forschungsgruppe Metrik (Hrsg) (2003) Pflege thermometer 2003, Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Personalwesens in der stationären Altenhilfe in Deutschland. Köln, Bermuthshain
- Hallauer JF, Kurz A (Hrsg) (2002) Weißbuch Demenz. Stuttgart, New York
- Hirsch R, Fussek C (Hrsg) (1999) Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen. Bonner Schriftenreihe, Band 4, Gewalt im Alter. Bonn
- Höhmann U, Müller-Mundt G, Schulz B (1998) Qualität durch Kooperation. Gesundheitsdienste in der Vernetzung. Frankfurt
- Igl G, Schiemann D, Gerste B et al. (Hrsg) (2002) Qualität in der Pflege. Stuttgart, New-York
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg) (2003) Qualitätshandbuch Häusliche Pflege in Balance. Köln
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg) (1998) Qualitätshandbuch Wohnen im Heim – Wege zu einem selbstbestimmten und selbständigen Leben. Ein Instrument zur internen Qualitätsentwicklung in den AEDL-Bereichen. Köln
- Mendoza E, Zoske R (2004) Palliativmedizin. Ein Ratgeber für Patienten mit unheilbaren Krankheiten. Arrien Verlag. Wunstorf
- Pawletko KW (2001) WG statt Heim. In: Häusliche Pflege (10) 1: 23–24
- Pick P (2003) Pflegeversicherung und Demografische Entwicklung. In: Kirchhoff U, Trilling G (Hrsg) Öffentliche Wirtschaft, Sozialwirtschaft und Daseinsvorsorge im Wandel. Regensburg
- Robert Bosch Stiftung (2000) (Hrsg) Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart
- Schaeffer D, Moers M, Steppe H et al. (1997) Pflegetheorien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Schmähl W (1998) Pflegebedürftigkeit in Deutschland: Zahl der Pflegefälle und familiäre Versorgungspotentiale – Ausgangslage und Perspektiven für die Zukunft. In: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 87. Jg., 1/2: 1–26
- Zoske R, Mendoza E (2004) Leitfaden für Pflegenden Zugehörige. Arrien Verlag. Wunstorf

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1a	Festgestellter Hilfebedarf in der Grundpflege 2002, gesamt	11
Tabelle 1b	Festgestellter Hilfebedarf in der Grundpflege 2002, nach Geschlecht	12
Tabelle 2	Erste pflegebegründende Diagnose bei pflegebedürftigen Erstantragstellern und Erstantragstellerinnen im Jahr 2002, nach Alter	13
Tabelle 3	Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung 2002, nach Alter und Geschlecht	14
Tabelle 4	Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung 2002, nach Pflegestufen	15
Tabelle 5	Leistungsempfänger der Pflegeversicherung 2002, nach Alter und Geschlecht	16
Tabelle 6	Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 2002	17
Tabelle 7	Finanzentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung 1995–2002	20
Tabelle 8-1a	Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe 1995–2002, gesamt Ausgaben und Empfänger im lfd. Jahr	22
Tabelle 8-1b	Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe 1995–2002, nach Geschlecht Empfänger im lfd. Jahr	22
Tabelle 8-2a	Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe 1995–2002, gesamt Empfänger am Ende des Jahres	23
Tabelle 8-2b	Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe 1995–2002, nach Geschlecht Empfänger am Ende des Jahres	23
Tabelle 9a	Krankenhausvermeidungspflege 1992–2002, Leistungsfälle gesamt	26
Tabelle 9b	Krankenhausvermeidungspflege 1992–2002, Leistungsfälle nach Geschlecht	26
Tabelle 10a	Sicherungspflege 1992–2002, Leistungsfälle gesamt	27
Tabelle 10b	Sicherungspflege 1992–2002, Leistungsfälle nach Geschlecht	27
Tabelle 11	Krankenhausdaten im Überblick 1991/2001	30
Tabelle 12	Pflegekräfte im Krankenhaus 2001, nach Geschlecht	30
Tabelle 13a	Vorrangige Qualitätsdefizite in der stationären Pflege 2002	33
Tabelle 13b	Vorrangige Qualitätsdefizite in der ambulanten Pflege 2002	34
Tabelle 14a	Beschäftigte im Gesundheitswesen mit pflegerischen Aufgaben 1997–2001, gesamt	37
Tabelle 14b	Beschäftigte Männer im Gesundheitswesen mit pflegerischen Aufgaben 1997–2001	37
Tabelle 14c	Beschäftigte Frauen im Gesundheitswesen mit pflegerischen Aufgaben 1997–2001	37
Tabelle 15	Voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung in Deutschland bis 2040, nach Altersgruppen	45
Tabelle 16a	Prognose der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung bis 2040 bei konstanten alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzraten, gesamt	46
Tabelle 16b	Prognose der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung bis 2040 bei konstanten alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzraten, Männer	47
Tabelle 16c	Prognose der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung bis 2040 bei konstanten alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzraten, Frauen	48
Tabelle 17	Prävalenz von mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland 1996	49

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Personal in ambulanten Pflegediensten 2001, nach Qualifikationsgruppen und Geschlecht	18
Abbildung 2	Personal in stationären Pflegeeinrichtungen 2001, nach Qualifikationsgruppen und Geschlecht	19
Abbildung 3	Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung 2002, nach Leistungsarten	21
Abbildung 4	Personalkosten im Krankenhaus 2001	31
Abbildung 5	Geprüfte Pflegeeinrichtungen bis Ende 2002	32

Adressen

AOK-Bundesverband
Kortrijker Str. 1
53177 Bonn
www.aok.de

Arbeiterwohlfahrt (AWO)
Bundesverband e.V.
Marie-Juchacz-Haus
Oppelner Str. 130
53119 Bonn
www.awo.org

Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege
Bundesgeschäftsstelle
Roscherstr. 13a
30161 Hannover
www.abvp.de/

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e.V.
Karlsruher Str. 2b
30519 Hannover
www.dza.de/

Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrts-
pflege
Oranienburger Str. 13–14
10178 Berlin
www.bagfw.de/

Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege
e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Humboldtstr. 49b
14193 Berlin
www.bah-web.de

Bundesknappschaft
Pieperstr. 14–18
44789 Bochum
www.bundesknappschaft.de

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend (BMFSFJ)
Alexanderplatz 6
10178 Berlin
www.bmfsfj.de

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale
Sicherung (BMGS)
Am Probsthof 78 a
53121 Bonn
www.bmgs.de

Bundesverband ambulanter Dienste e.V.
Krablerstr. 136
45326 Essen
www.bad-ev.de/

Bundesverband der Betriebskrankenkassen
Kronprinzenstr. 6
45128 Essen
www.bkk.de

Bundesverband der landwirtschaftlichen Kran-
kenkassen
Weißensteinstr. 72
34131 Kassel
www.lsv.de/verbaende/o3blk/

Bundesverband der überörtlichen Träger der
Sozialhilfe beim Landschaftsverband Westfalen-
Lippe
Warendorfer Str. 26–28
48145 Münster
www.lwl.org/LWL/Soziales/BAG

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste
e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Hannoversche Str. 19
10115 Berlin
www.bpa.de/

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenver-
bände
Lindenallee 13–17
50968 Köln
[www.staetetag.de/10/wir/spitzenverbaende/index.
html](http://www.staetetag.de/10/wir/spitzenverbaende/index.html)

Deutsche Alzheimer Gesellschaft
Friedrichstr. 236
10969 Berlin
www.deutsche-alzheimer.de

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
Wegelstraße 3
10623 Berlin
www.dkgev.de

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DBfK-Bundesverband
Geisbergstr. 39
10777 Berlin
www.dbfk.de

Deutscher Caritasverband (DCV)
Karlstraße 40
79104 Freiburg im Breisgau
www.caritas.de

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Oranienburger Str. 13–14
10178 Berlin
www.paritaet.org.

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisa-
tionen und des Hebammenwesens
Postfach 30 32 20
10729 Berlin
www.deutscher-pflegerat.de

Deutscher Verein für öffentliche und private Für-
sorge
Michaelkirchstr. 17/18
10179 Berlin-Mitte
www.deutscher-verein.de

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung
in der Pflege (DNQP) an der Fachhochschule
Osnabrück, Geschäftsstelle
Caprivistr. 1
49076 Osnabrück
www.dnqp.de/

Deutsches Rotes Kreuz (DRK)
Carstennstr. 58
12205 Berlin
www.drk.de

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)
Manfred-von-Richthofen-Str. 2
12101 Berlin
www.dza.de

Diakonisches Werk der EKD e.V.
Stafflenbergstr. 76
70010 Stuttgart
www.diakonie.de

Handeln statt Misshandeln
Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter
Breite Str. 107a
53111 Bonn
www.hsm-bonn.de

IKK-Bundesverband
Postfach 10 01 52
51401 Bergisch-Gladbach
www.ikk.de

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)
An der Pauluskirche 3
50677 Köln
www.kda.de

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände
der Krankenkassen (MDS)
Lützowstr. 53
45141 Essen
www.mds-ev.org

See-Krankenkasse
Reimerstwiete 2
20457 Hamburg
www.see-bg.de

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
(VdAK)
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (AEV)
Frankfurter Str. 84
53721 Siegburg
www.vdak-aev.de

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Im Teelbruch 126
45219 Essen
www.vdab.de

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland
(ZWST)
Hebelstr. 6
60316 Frankfurt am Main
www.zwst.org

Abkürzungsverzeichnis

BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
DRG	Diagnosis Related Group
EKG	Elektrokardiogramm
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision)
LEP	Leistungserfassung in der Pflege
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
NEXT-Study	nurses' early exit study
PflegeVG	Pflege-Versicherungsgesetz
PLAISIR	Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis (EDV-gestützte Planung der erforderlichen Krankenpflege)
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
VZÄ	Vollzeitäquivalent

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Dr. Thomas Ziese
Seestraße 10
13353 Berlin

Autoren

Dr. rer. oec. Peter Pick
Dipl. Soz. Jürgen Brüggemann
Dipl. Soz. Christiane Grote
Dipl. Ök. Elke Grünhagen
Medizinischer Dienst der Spitzenverbände
der Krankenkassen
Dipl. Soz. Thomas Lampert
Robert Koch-Institut

Abonnentenservice

Die Hefte »Gesundheitsberichterstattung des
Bundes« können im Jahresabonnement
oder als einzelne Hefte bezogen werden.

E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de

Tel.: 018 88. 754-34 00

Fax: 018 88. 754-35 13

Druck

Druckpunkt, Berlin
gedruckt auf PROFIsilk, tcf

ISBN

3-89606-155-0

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem
Statistischen Bundesamt

Schwerpunktbericht:

Pflege

November 2004

Berlin: Robert Koch-Institut

ISBN 3-89606-155-0

Nursing staff represent by far the largest group of employees in health services. Traditionally, nursing has tended to be seen as a dependent element of medicine; recently, however, it has increasingly been taking on a more independent role, particularly in the care of older people and in technical nursing. In hospitals, too, nursing professions are increasingly assuming independent duties and taking on jobs that have to be carried out autonomously.

Over the last decade, the greatest impact on the development of nursing has come from the introduction of long-term care insurance. At present, more than two million people are receiving services covered by this insurance. Its introduction has led to a marked increase in the range of nursing services being offered, and quality assurance has become an obligation.

Nursing will face major challenges as a result of demographic change in the future. Up to 2040, the number of people requiring nursing care will rise considerably, leading to increased demand for care and support services. Special attention will have to be paid to the nursing of dementia patients in this context. The extent to which the growing need for support will increase demand for professional nursing services will depend on the development of family (usually female) nursing potential. It will certainly be very important to improve networking between the care segments, the professions and the financing institutions.

The special report on "Nursing" provides an overview of the current supply of nursing services in Germany under the institutional responsibility of long-term care and health insurance. It also provides information on the development of nursing careers and the establishment of nursing science and nursing research within the scientific system. Finally, it discusses the key future challenges on the basis of the general situation today.

Angehörige der Pflegeberufe stellen die mit Abstand größte Beschäftigtengruppe im Gesundheitswesen. Während die Pflege traditionell eher in Abhängigkeit von der Medizin gesehen wurde, wächst ihr gegenwärtig insbesondere in der Pflege älterer Menschen und in der medizinischen Behandlungspflege eine eigenständige Rolle zu. Auch im Krankenhaus nimmt die Pflege zunehmend eigenständige oder selbstständig zu erledigende Aufgaben wahr.

Die stärksten Impulse zur Weiterentwicklung der Pflege sind in der letzten Dekade von der Einführung der Pflegeversicherung ausgegangen. Gegenwärtig erhalten mehr als zwei Millionen Menschen Leistungen der Pflegeversicherung. Im Zuge ihrer Einführung ist das Angebot an pflegerischer Versorgung deutlich ausgebaut und die Verpflichtung zur Qualitätssicherung festgeschrieben worden.

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels sieht sich die Pflege künftig großen Herausforderungen gegenüber. Bis zum Jahr 2040 wird die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich ansteigen und der Bedarf an Betreuungs- und Unterstützungsleistungen zunehmen. Ein besonderes Augenmerk muss dabei der Pflege von Demenzkranken gelten. Inwieweit sich der zunehmende Unterstützungsbedarf in einer steigenden Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen niederschlagen wird, hängt entscheidend von der Entwicklung des familiären und meist weiblichen Pflegepotenzials ab. Ein hoher Stellenwert kommt in jedem Fall einer besseren Vernetzung zwischen den Versorgungssegmenten, den Professionen und den Kostenträgern zu. Der Schwerpunktbericht »Pflege« gibt einen Überblick über die gegenwärtige pflegerische Versorgung in Deutschland in der institutionellen Zuständigkeit der Pflege- und auch der Krankenversicherung. Er informiert zudem über die Entwicklung des Berufsfeldes Pflege und über die Etablierung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung im Wissenschaftssystem. Schließlich werden die zentralen Zukunftsherausforderungen unter Berücksichtigung der gegenwärtigen Rahmenbedingungen diskutiert.

