

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 26

BARMER

Pflegereport 2020

Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen

Heinz Rothgang,
Rolf Müller,
Benedikt Preuß



Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 26

BARMER

Pflegereport 2020

Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen

Heinz Rothgang,
Rolf Müller,
Benedikt Preuß

Impressum

Herausgeber:

BARMER

Postfach 11 07 04

10837 Berlin

Autoren:

Heinz Rothgang

Rolf Müller

Benedikt Preuß

Universität Bremen, SOCIUM –

Forschungszentrum Ungleichheit

und Sozialpolitik

Abteilung Gesundheit, Pflege und

Alterssicherung

ISBN: 978-3-946199-56-4 (Print)

ISBN: 978-3-946199-57-1 (PDF)

Konzeption, Redaktion und

fachliche Prüfung:

Juliane Diekmann, Nora Hoffmann,

Ursula Marschall, Nicole Osterkamp,

Christina Wittkop

Design und Realisation:

zweiband.media GmbH, Berlin

Druck und Bindung:

Medienhaus Plump GmbH, Rheinbreitbach

Printed in Germany

Im Sinne der besseren Lesbarkeit wurde überwiegend die grammatikalisch männliche Sprachform gewählt. Wenn im Text die männliche Sprachform genannt ist, ist damit sowohl die männliche als auch die weibliche Sprachform gemeint.

Die Datenanalysen bis einschließlich 2016 beziehen sich auf den Datenbestand der vormaligen BARMER GEK. Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die in diesem Buch verwendeten und nicht besonders kenntlich gemachten durch Dritte geschützten Marken- und Warenzeichen unterliegen den Bestimmungen des jeweils gültigen Kennzeichenrechts und den Besitzrechten der jeweiligen eingetragenen Eigentümer. Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	6
Zusammenfassung	8
Einleitung	21
1 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2019/2020	26
1.1 Langzeitpflege in Zeiten der COVID-19-Pandemie	26
1.1.1 Hintergrund zur COVID-19-Pandemie	27
1.1.2 Gesetzliche Regelungen	31
1.1.3 Betroffenheit von Pflegebedürftigen und Pflegenden	34
1.1.4 Umgang mit der Pandemie	42
1.1.5 Auswirkungen auf Pflegebedürftige und Pflegende	44
1.1.6 Schlussfolgerungen für den Umgang mit weiteren Pandemiewellen	45
1.2 Personalbemessung in der Langzeitpflege	46
1.2.1 Entwicklung des Personalbemessungsverfahrens	48
1.2.2 Zentrale Ergebnisse des Projekts PeBeM	50
1.2.3 Handlungsempfehlungen aus PeBeM und Umsetzung	51
2 Pflege im Spiegel der Statistik	56
2.1 Pflegebedürftige	57
2.1.1 Anzahl der Pflegebedürftigen	57
2.1.2 Prävalenzen: Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung	67
2.1.3 Begutachtungen	71
2.1.4 Inzidenzen: Eintritt in die Pflegebedürftigkeit	78
2.1.5 Beendigung von Pflegebedürftigkeit	84
2.1.6 Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen	88

2.2	Leistungserbringung	90
2.2.1	Ambulante Pflegedienste	90
2.2.2	Stationäre Einrichtungen	99
2.2.3	Pflegepersonen	111
2.2.4	Fazit zur Leistungserbringung	113
2.3	Finanzierung	115
2.3.1	Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung	115
2.3.2	Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung	121
2.3.3	Finanzierung durch die Sozialhilfe	123
2.3.4	Finanzierung im Überblick	125
3	Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen	130
3.1	Problemstellung	130
3.2	Daten und Methoden	138
3.2.1	BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung	138
3.2.2	BARMER-Daten	138
3.2.3	Standardisierung	143
3.3	Belastungen und Ressourcen	143
3.3.1	Physische Belastungen	145
3.3.2	Psychische Belastungen	147
3.3.3	Ressourcen	157
3.4	Gesundheit und Berufsaufgabe	162
3.4.1	Subjektiver Gesundheitszustand und Beschwerden	165
3.4.2	Ambulante Diagnosen	169
3.4.3	Arbeitsunfähigkeit	175
3.4.4	Arzneimittel	190
3.4.5	Krankenhausaufenthalte	197
3.4.6	Fluktuation und Frühverrentung	208
3.5	Verlorene Jahre der Erwerbstätigkeit in der Pflege	212
3.6	Fazit	214

Verzeichnisse	220
Abkürzungsverzeichnis	220
Abbildungsverzeichnis	222
Tabellenverzeichnis	224
Literaturverzeichnis	228
Autorenverzeichnis	243

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

Pflegekräfte in Deutschland stehen unter enormem Druck. Sie leiden unter höheren physischen Belastungen als viele andere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Sie arbeiten häufiger im Stehen und müssen schwerer tragen und heben. Doch damit nicht genug: Pflegekräfte stehen auch stärker unter Termin- und Leistungsdruck als Beschäftigte in vielen anderen Branchen. Sie haben häufiger das Gefühl, überfordert zu sein und Dinge erledigen zu müssen, die sie eigentlich nicht gelernt haben. Besonders Altenpflegefachkräfte geben an, dass sie häufig bis an die Grenzen der Leistungsfähigkeit gehen müssen. In der Corona-Pandemie haben sich diese Bedingungen noch einmal verschärft. Die Pandemie bedeutet auch für die Pflegekräfte eine zusätzliche psychische Belastung mit den bekannten negativen gesundheitlichen Auswirkungen. Es gibt also viele Gründe dafür, warum sich das Schwerpunktkapitel unseres Pflegereports 2020 der Belastung der Pflegekräfte in Deutschland widmet. Vor allem wollten wir wissen, welche weiter gehenden Folgen aus diesen enormen physischen Anforderungen und dem psychischen Druck resultieren. Diese sind den Ergebnissen des Reports zufolge alarmierend.

Pflegekräfte sind überdurchschnittlich oft krankgeschrieben und werden häufiger frühverrentet als Beschäftigte in anderen Berufen. Damit fehlt Personal, das gerade jetzt dringender denn je benötigt wird! Allein im Jahr 2017 ließen sich fast 400 Pflegefachkräfte und knapp 1.300 Pflegehilfskräfte mehr vorab verrenten, als im Durchschnitt zu erwarten wäre. Zudem gingen bei Pflegefachkräften fast 10.000 Erwerbsjahre mehr durch Fehlzeiten verloren und bei Pflegehilfskräften gut 14.000 Jahre. In der Summe sprechen wir von rund 26.000 Jahren an pflegerischer Tätigkeit, die letzten Endes durch überdurchschnittlich schlechte Gesundheit mit all ihren Konsequenzen verloren gingen. Hier muss angesetzt werden, damit die Pflege in Deutschland qualitätsgesichert geleistet werden kann. Nicht ohne Grund wird der Personalmangel in der Pflege kritisiert. Es gibt qualifiziertes Personal, nur bleibt dieses leider häufig nicht gesund. Es bedarf also weiterer Anstrengungen, die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass Pflegekräfte trotz der

herausfordernden Tätigkeiten möglichst lange gesund bleiben. Denn wenn eine Pflegekraft aufgrund gesundheitlicher Probleme fehlt, wird deren Kollegin oder Kollege zusätzlich belastet. Dies ist ein Teufelskreis, den es zu durchbrechen gilt.

Unser Pflegereport 2020 kann erneut fundierte Analysen zu einem hochaktuellen Thema beisteuern. Dafür sei den Autoren Prof. Dr. Heinz Rothgang, Dr. Rolf Müller und Benedikt Preuß von der Universität Bremen herzlich gedankt. Den Leserinnen und Lesern unseres Reports wünsche ich eine anregende Lektüre.

Berlin, im Dezember 2020

Prof. Dr. med. Christoph Straub

Vorstandsvorsitzender der BARMER

Zusammenfassung

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2019/2020

COVID-19-Pandemie: Hintergrund

Die COVID-19-Pandemie, die sich seit Anfang des Jahres 2020 weltweit rapide ausbreitet und auch in Deutschland ab Mitte März eine hohe Relevanz entwickelte, betrifft im besonderen Maße alte Menschen und Personen, die pflegebedürftig sind. Die durch das SARS-CoV-2-Virus hervorgerufene Erkrankung „coronavirus disease 2019“ (COVID-19) betrifft insbesondere die Atemwege und kann bei schweren Krankheitsverläufen zum Tod führen. Während weltweit rund 30,7 Millionen Infizierte und 954.000 Todesfälle mit COVID-19 verzeichnet wurden (WHO, 2020e), wurden in Deutschland bisher 271.000 laborbestätigte Infektionen und 9.386 Todesfälle mit COVID-19 identifiziert (Stand 20. September 2020) (RKI, 2020i). Der Verlauf der Pandemie zeigt in Deutschland seit Mitte Juli einen recht konstanten Anstieg der Fallzahlen, wobei die aktuelle Inzidenzrate bei 12,9 Fällen / 100.000 Einwohner pro Woche liegt (Stand 20. September 2020). Bundesweit zeigen sich deutliche Unterschiede in der Betroffenheit zum einen regional und zum anderen hinsichtlich des Alters der labormedizinisch bestätigten Infizierten.

COVID-19-Pandemie: Gesetzliche Regelungen zur Pflegeversicherung

In den in Reaktion auf die Pandemie verabschiedeten Gesetzen und erlassenen Verordnungen finden sich spezifische Regeln für die Pflegeeinrichtungen, die insbesondere darauf abzielen, die Ausbreitung der Pandemie einzudämmen, den Arbeitsanfall in Pflegeeinrichtungen kompensatorisch zu verringern, die besonderen Leistungen der Beschäftigten anzuerkennen und das wirtschaftliche Überleben der Pflegeeinrichtungen sicherzustellen.

COVID-19-Pandemie: Betroffenheit von Pflegebedürftigen und Pflegenden

Mit 19.766 Fällen unter Bewohnern und 10.956 unter Mitarbeitern von Einrichtungen gemäß §36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) (Stand 20. September 2020) machen die betroffenen Bewohner einen Anteil von sieben Prozent und die Mitarbeiter einen Anteil von vier Prozent an allen Infizierten in Deutschland aus. Aufgrund der jeweiligen quantitativen Bedeutung der Einrichtungen und der Altersverteilung ihrer Bewohner ist davon auszugehen, dass es sich hierbei fast ausschließlich um Heimbewohner handelt. Die besondere Betroffenheit von Pflegebedürftigen zeigt sich aber insbesondere im Anteil der Pflegeheimbewohner an allen erfassten Toten mit COVID-19, der schätzungsweise bei mehr als 50 Prozent liegt (eigene Berechnung auf Grundlage der täglichen Lageberichte des RKI; Rothgang et al., 2020a). Im Verlauf der Pandemie zeigt sich eine deutliche Reduktion der Inzidenzraten von Bewohnern und Mitarbeitern sowie der Mortalitätsrate der Bewohner und eine damit einhergehende Annäherung an die Gesamtbevölkerung, wobei die Mortalitätsrate von Bewohnern Mitte September noch immer rund 14-mal höher als in der Gesamtbevölkerung ist (eigene Berechnung auf Grundlage der täglichen Lageberichte des RKI sowie Statistisches Bundesamt 2018d, 2020c).

Anteil der Pflegeheimbewohner an den Toten mit COVID-19 über 50%

COVID-19-Pandemie: Umgang mit der Pandemie

Im Umgang mit der Pandemie werden die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) zu Abwesenheitsregelungen und klinischem Monitoring in einem Großteil der stationären Einrichtungen und in einem etwas geringeren Maße von ambulanten Einrichtungen umgesetzt. Im stationären Setting werden zudem interne und externe Kontakte stark reduziert. Daraus resultieren für die Einrichtungen ökonomische Folgen und teils existenziell bedrohliche Personalausfälle.

Isolation der Pflegebedürftigen und erhöhte Belastungen für das Personal

COVID-19-Pandemie: Auswirkungen auf Pflegebedürftige und Pflegendе

Bedeutende Auswirkungen für Pflegekräfte im stationären Sektor sind die Arbeitsverdichtung und eine erhöhte Arbeitsbelastung. Dies kann zu einer Gefährdung der Versorgung der Pflegebedürftigen, die zudem von sozialer Isolation betroffen sind, führen. In der häuslich-formellen Pflege steht die Gefährdung der Versorgung der Klienten aufgrund einer geringeren Inanspruchnahme von Pflegediensten im Vordergrund. Für Pflegekräfte sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor bedeutet die Pandemie eine zusätzliche psychische Belastung. Eine Belastung der Pflegenden zeigt sich auch in der informellen Pflege. Für Pflegebedürftige sind hier ebenfalls die soziale Isolation und ein steigender Pflegebedarf bedeutend.

COVID-19-Pandemie: Schlussfolgerungen für den Umgang bei weiteren Pandemiewellen

Für den weiteren Umgang mit der Pandemie lässt sich schließen, dass informell Pflegendе zukünftig stärker entlastet werden müssen und eine Verringerung des Risikos von Versorgungslücken in der ambulanten formellen Pflege anzustreben ist. Im stationären Sektor stellt die Balance zwischen Hygienemaßnahmen zur Eindämmung der Pandemie und psychosozialen Folgen durch Isolation die größte Herausforderung dar. Unterstützend können die Durchführung eines klinischen Monitorings, eine auf Pflegeeinrichtungen zugeschnittene Teststrategie und technische Maßnahmen zur Luftfilterung wirken.

Personalbemessungsinstrument für das Pflegeheim vorgelegt und zur Einführung empfohlen

Entwicklung des Personalbemessungsverfahrens in der Langzeitpflege

Von der Bundesministerin für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesminister für Arbeit und Soziales und dem Bundesminister für Gesundheit wurde die Initiative „Konzertierte Aktion Pflege“ (KAP) gegründet, die „mehr Ausbildung, mehr Personal, mehr Geld“ im Pflegebereich anstrebt. Ein zentraler Beschluss der KAP zielt dabei darauf ab, das Personalbemessungsverfahren nach § 113c SGB XI in geeigneten Schritten zügig umzusetzen. Die Grundlage hierfür hat das Projekt „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)“ geliefert, in dem ein strukturiertes, empirisch abgesichertes und

valides Verfahren für die Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen auf Basis des durchschnittlichen Versorgungsaufwands für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung unter Berücksichtigung der fachlichen Ziele und Konzeption des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs entwickelt wurde. Nachdem bereits im Februar im zweiten Zwischenbericht zentrale Ergebnisse veröffentlicht wurden, wurde das Projekt mit Veröffentlichung des Abschlussberichts im September dieses Jahres erfolgreich beendet. Zur Bestimmung fachlich angemessener Personalmengen und -strukturen im vollstationären Sektor für alle direkten und indirekten Interventionen wurde eine interventionsbezogene Ist-Messung der Menge der Interventionen, der Dauer der Interventionen sowie des Qualifikationsniveaus der durchführenden Personen durchgeführt. Simultan erfolgten eine fachliche Beurteilung der Leistung und die Ermittlung von Zu- und Abschlägen hinsichtlich der Mengen, der Zeit und/oder des Qualifikationsniveaus für jede Intervention (Delta). Durch Addition erfolgte anschließend die Ermittlung der Soll-Werte für eine fachlich angemessene Versorgung. Die Datenerhebung erfolgte von April bis Oktober 2018 durch 241 geschulte Pflegefachpersonen, die Beschattungen (Eins-zu-eins-Zuordnungen zu Pflegekräften in den untersuchten Einrichtungen) in insgesamt 62 vollstationären Erhebungseinheiten und sieben teilstationären Einrichtungen mit insgesamt 1.380 Bewohnern und 163 Tagespflegegästen durchführten. Als Ergebnis des Projekts wurde für den vollstationären Sektor ein Personalbemessungsinstrument vorgelegt und zur Einführung empfohlen, mit dem die fachlich angemessene Personalmenge für die nach Pflegegraden differenzierte Bewohnerschaft einer Einrichtung nach Qualifikationsniveaus differenziert ausgewiesen wird. Dazu kommt ein als Algorithmus 1.0 bezeichnetes mathematisches Modell zum Einsatz.

Zentrale Ergebnisse des Projekts PeBeM

Die Ergebnisse zeigen durchgehend erhebliche Pflegepersonalmehrbedarfe, die sich einrichtungsindividuell abhängig vom Bewohnermix und der Ausgangspersonalausstattung gestalten. Dabei ergibt sich ein Fachkraftanteil an der Leistungserbringung, der von 20 Prozent im Pflegegrad 2 auf 65 Prozent im Pflegegrad 5 ansteigt. Bezogen auf eine bundesdurchschnittliche Bewohnerschaft resultiert ein durchschnittlicher Fachkraftanteil von 38 Prozent. Hinsichtlich der bundesdurchschnittlichen Personalmenge liegen ein Mehrbedarf an Fachkräften von 3,5 Prozent und ein Mehrbedarf an Assistenzkräften von 69 Prozent vor.

hoher Personalmehrbedarf an Assistenzkräften,
geringer an Fachkräften

Handlungsempfehlungen aus PeBeM und Umsetzung

Zur Einführung des Personalbemessungsverfahrens werden im Projektbericht zwei parallel zu verfolgende Strategien empfohlen: Zum einen sollte eine sukzessive, flächendeckende, nach Qualifikationsniveau differenzierte Anhebung der Personalschlüssel bis auf das im Algorithmus 1.0 abgebildete Niveau erfolgen, die von einer Aus- und Weiterbildungsoffensive für Assistenzkräfte begleitet werden muss. Zum anderen sollte eine modellhafte Einführung des Algorithmus 1.0 unter Realbedingungen, die von einer Organisations- und Personalentwicklung begleitet wird, erfolgen. Der erste Schritt für die sukzessive, flächendeckende Einführung ist im Gesetzentwurf eines Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetzes bereits vorgesehen, das die Schaffung von bis zu 20.000 zusätzlichen Stellen für Pflegeassistentenkräfte in Pflegeheimen vorsieht.

Pflege im Spiegel der Statistik

Pflegebedürftige

Als Pflegebedürftige gelten hier Personen mit einem Anspruch auf Pflegegeld.

Die Art und das Ausmaß der Hilfebedürftigkeit, die notwendig sind, um einen Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung zu erlangen, haben sich mit den letzten Pflegereformen geändert. Zunächst galten nur verrichtungsbezogene Einschränkungen als Begründung für eine Einstufung in die Pflegebedürftigkeit, und nur diese Personen hatten einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Seit 2008 hatten Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen – auch wenn sie (noch) nicht als pflegebedürftig galten (Pflegestufe 0). Zum 1. Januar 2013 wurde der Leistungsanspruch für PEA mit Pflegestufe 0 auf die Grundleistungen der häuslichen Versorgung, Pflegegeld und Pflegesachleistungen, ausgedehnt. Seitdem sind die PEA mit Pflegestufe 0 auch in der Pflegestatistik aufgeführt. Seit 2017 gilt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der sowohl physische als auch psychische Einschränkungen berücksichtigt. Für die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 bestehen aber nur eingeschränkte Leistungsansprüche und keine Ansprüche auf Pflegegeld, Pflegesachleistungen und reguläre Leistungen bei vollstationärer Pflege. Um über die Zeit eine gewisse Vergleichbarkeit zu erhalten, werden im Folgenden die Leistungsberechtigten erfasst, die mindestens einen Anspruch auf Pflegesachleistungen und Pflegegeld

haben (aktuell ab Pflegegrad 2). Für den Vergleich mit den Zeiten vor dem 1. Januar 2017 werden in diesem Report für alle Leistungsberechtigten die Pflegestufen und PEA-Einstufungen auf Grundlage des Überleitungsschlüssels in § 140 SGB XI in Pflegegrade umkodiert.

Von 2015 bis 2017 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen (Pflegegrad 2 bis 5) nach der Pflegestatistik um 10,8 Prozent. Ausweislich der hochgerechneten BARMER-Daten erfolgte im Zeitraum von 2017 bis 2019 ein weiterer Anstieg um 11,2 Prozent mit Steigerungsraten von 12,1 Prozent und 18,0 Prozent bei Pflegegrad 2 und 3. Bei Pflegegrad 5 gab es einen Rückgang von 2,7 Prozent.

Dass der Zugang vermehrt durch Pflegebedürftige mit geringem Pflegegrad erfolgt, wird auch aus der Begutachtungsstatistik des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) deutlich. Die Zahl der positiven Erstbegutachtungen mit Pflegegrad 3 bis Pflegegrad 5 bleibt über die Jahre fast konstant. Hingegen gab es mit der erstmaligen Möglichkeit, den Pflegegrad 1 zu bekommen, einen besonderen Anstieg der positiven Bewertungen. 242.000 Personen haben im Jahr 2017 und 264.000 Personen im Jahr 2019 den Pflegegrad 1 erhalten. Eine deutliche Steigerung lässt sich zudem bei der Zahl der Bewertungen mit Pflegegrad 2 bis zum Jahr 2017 feststellen. Im Jahr 2011 waren es 281.000 und im Jahr 2017 waren es 422.000. In den Jahren 2018 und 2019 sind die positiven Begutachtungen mit Pflegegrad 2 rückläufig.

Zahl der Erstbegutachtungen mit Pflegegrad 3 bis 5 konstant

Pflegebedürftige: Ländervergleich

Im Dezember 2017 waren in Deutschland 4,1 Prozent der Bevölkerung pflegebedürftig (Pflegegrad 2 bis 5). Auch standardisiert auf die Bundesbevölkerung – also unabhängig von der Alters- und Geschlechterverteilung – zeigen sich in den Bundesländern Bayern mit 3,2 Prozent, Schleswig-Holstein (3,6 Prozent), Baden-Württemberg (3,8 Prozent), Hamburg (3,8 Prozent) und Rheinland-Pfalz (3,8 Prozent) geringere Prävalenzen als im restlichen Bundesgebiet. Dennoch zeigen sich in Bayern und Baden-Württemberg mit den unterdurchschnittlichen Steigerungsraten von 7,9 Prozent und 8,4 Prozent zwischen 2017 und 2019 keine Aufholeffekte hinsichtlich der Zahl der Pflegebedürftigen.

geringste Pflege-Prävalenz in Bayern

Ambulante Dienste: Ländervergleich

In privater Trägerschaft sind 66 Prozent der ambulanten Pflegedienste. Mehr ambulante Pflegedienste in privater Trägerschaft gibt es vor allem in Berlin (79 Prozent), Hamburg (76 Prozent) und Hessen (74 Prozent).

Vollzeitbeschäftigten-
quote in den ambulanten
Pflegediensten bei
28% – in Ostdeutschland
höher

Die Vollzeitbeschäftigtenquote in den ambulanten Pflegediensten liegt in Deutschland insgesamt bei 28 Prozent. Dabei zeigen sich in den ostdeutschen Bundesländern überdurchschnittliche Quoten: Brandenburg (35 Prozent), Mecklenburg-Vorpommern (36 Prozent), Sachsen (31 Prozent), Sachsen-Anhalt (37 Prozent) und Thüringen (37 Prozent). Bei einer in Westdeutschland leicht steigenden und einer in Ostdeutschland leicht sinkenden Vollzeitbeschäftigtenquote gleichen sich die Verhältnisse tendenziell an. Die Varianz der Vollzeitquote deutet darauf hin, dass diese durchaus gestaltbar ist; ihr insgesamt niedriges Niveau zeigt das Potenzial, durch Erhöhung dieser Quote einen Beitrag zur Reduktion von Personallücken zu leisten.

Für je 100 versorgte Pflegebedürftige sind in Deutschland zehn Pflegefachkräfte¹ und vier Pflegehilfskräfte (gemessen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) gewichtet mit dem Arbeitsanteil nach SGB XI) tätig. Ein besserer Versorgungsgrad durch Pflegefachkräfte findet sich in Sachsen-Anhalt mit zwölf Fachkräften und ein schlechterer mit jeweils acht Fachkräften in Brandenburg, Bremen und Niedersachsen. In Brandenburg und Bremen gehen diese geringeren Versorgungsgrade mit kompensatorisch höheren Versorgungsgraden mit Pflegehilfskräften einher. Besonders viele Pflegehilfskräfte sind in Berlin tätig (14 VZÄ je 100 Pflegebedürftige).

¹ Aufgrund der sich im zeitlichen Verlauf ändernden Berufsbezeichnungen sowie der landesrechtlichen Unterschiede wird zur Vereinheitlichung im gesamten Bericht in Bezug auf Pflegekräfte zwischen Pflegefachkräften (mit mindestens dreijähriger staatlich anerkannter Ausbildung) und Pflegehilfskräften unterschieden. Zu den Pflegehilfskräften zählen zum einen qualifizierte Pflegehilfskräfte mit einer ein- bis zweijährigen Ausbildung zur Alten- oder Krankenpflegehilfe und zum anderen gering qualifizierte Pflegehilfskräfte wie beispielsweise Schwesternhelfer und Betreuungsassistenten (zusätzliche Betreuungskräfte).

Pflegeheime: Ländervergleich

43 Prozent der Pflegeheime sind in privater Trägerschaft. Diese Quote ist niedriger als bei den ambulanten Pflegediensten. In Schleswig-Holstein (66 Prozent), Niedersachsen (60 Prozent) und Hamburg (53 Prozent) ist der Anteil der privaten Pflegeheime deutlich höher.

Die Vollzeitbeschäftigtenquote liegt in Pflegeheimen mit 29 Prozent nicht viel höher als im ambulanten Bereich. Anders ist dagegen die regionale Verteilung. Spitzenreiter sind hierbei das Saarland (43 Prozent) und Berlin (41 Prozent). Die ostdeutschen Länder haben sogar unterdurchschnittliche Vollzeitbeschäftigtenquoten. Kompensatorisch ist hier eine deutlich höhere Quote bei den Teilzeitbeschäftigten mit über 50 Prozent der Regelarbeitszeit festzustellen.

Vollzeitbeschäftigten-
quote in Pflegeheimen
bei 29 % – in Ost-
deutschland niedriger

Das Verhältnis von Pflegekräften zu Pflegebedürftigen liegt im Pflegeheim höher als in der ambulanten Pflege. Im Pflegeheim sind es 22 Pflegefachkräfte und zwölf Pflegehilfskräfte (gemessen in VZÄ und gewichtet nach dem Arbeitsanteil nach SGB XI) je 100 versorgte Pflegebedürftige. Der Versorgungsgrad schwankt zwischen 19 Pflegefachkräften in Sachsen und 24 in Nordrhein-Westfalen sowie zwischen sieben Pflegehilfskräften in Thüringen und 18 in Berlin. Berlin zeichnet sich somit im ambulanten wie im stationären Bereich durch eine hohe Anzahl an Pflegehilfskräften aus.

Finanzierung

Die Beitragseinnahmen der sozialen Pflegeversicherung haben sich in den Jahren 2016 bis 2019 durch die gute Konjunktur und die Beitragssatzerhöhungen zum 1. Januar 2017 und zum 1. Januar 2019 von 32,0 Milliarden Euro auf 47,0 Milliarden Euro erhöht. Die Leistungsausgaben sind gleichzeitig von 28,3 Milliarden Euro auf 40,7 Milliarden Euro gestiegen. Mit dem Überschuss von 3,3 Milliarden Euro im Jahr 2019 sind die Defizite in Höhe von 6,0 Milliarden Euro aus den beiden Vorjahren aber noch nicht ausgeglichen.

Beitragseinnahmen der
sozialen Pflegeversiche-
rung von 32,0 Mrd. € auf
47,0 Mrd. € gestiegen

Die private Pflegeversicherung nimmt weiterhin weitaus mehr Geld durch die Prämienzahlungen ein, als sie für Leistungen ausgibt. Im Jahr 2018 wurden nur 56 Prozent der Beitragseinnahmen für Leistungen aufgewendet. Der Kapitalstock beläuft sich

inzwischen auf 36,2 Milliarden Euro. Der Mittelbestand in der sozialen Pflegeversicherung beläuft sich hingegen zum Jahresende 2019 auf 7,1 Milliarden Euro.

Der Anteil der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ innerhalb von Einrichtungen bleibt im gesamten 21. Jahrhundert bei leichten Schwankungen relativ konstant bei rund 30 Prozent. Der Anteil außerhalb von Einrichtungen lag im 21. Jahrhundert zunächst bei rund 13 Prozent. In den Jahren 2017 und 2018 hat sich der Anteil aber auf knapp sieben Prozent reduziert.

Hauptfinanzier der Leistungsausgaben für Pflegebedürftige ist weiterhin die soziale Pflegeversicherung mit 87,0 Prozent der Anteile an den öffentlichen Ausgaben und 69,9 Prozent der Gesamtausgaben.

Schwerpunkt: Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen

Datengrundlage

Für das Schwerpunktthema wurden zum einen die Routinedaten der BARMER ausgewertet (BARMER-Daten) und zum anderen die kumulierten BIBB/BAuA- Erwerbstätigenbefragungen der Jahre 2006, 2012 und 2018. Auf Grundlage der BIBB/BAuA-Daten wurden die Belastungen, Anforderungen und subjektiven Gesundheitszustände der Pflegekräfte differenziert nach Qualifikation erfasst und mit denen von Beschäftigten aus anderen Berufen verglichen. Zudem wurde mit diesen Daten ausgewertet, inwieweit sich die Beschäftigten auch durch die Umstände der Arbeit belastet fühlen. Auf Grundlage der BARMER-Daten wurden Diagnosestellungen durch niedergelassene Ärzte, Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Krankenhausaufenthalte und Arzneimittelverordnungen ausgewertet, um die Gesundheitszustände von Pflegekräften und sonstigen Beschäftigten zu vergleichen. Neben dem Gesundheitszustand wurden auch die vorzeitigen Berufsaustritte in Form von Übergängen in die Erwerbsminderungsrente betrachtet. Für eine bessere Vergleichbarkeit sind die Ergebnisse aller Berufsgruppen in der Regel hochgerechnet auf die Zahl der Pflegefachkräfte nach Alter und Geschlecht, wie sie sich nach der Pflegestatistik von 2017 darstellt.

Belastungen und Ressourcen (BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006, 2012, 2018)

Für Pflegekräfte wurden erhöhte physische Belastungen festgestellt. Rund 92 Prozent der Altenpflegefachkräfte arbeiten häufig im Stehen (im Vergleich zu 47 Prozent in sonstigen Berufen). Häufiges Heben und Tragen von schweren Lasten wird von 76 Prozent der Altenpflegefachkräfte berichtet (gegenüber 15 Prozent in sonstigen Berufen). Deutlich häufiger sind zudem das Arbeiten in Zwangshaltungen (45 Prozent zu 11 Prozent) und das Arbeiten mit mikrobiologischen Stoffen (59 Prozent zu 9 Prozent). Altenpflegefachkräfte und Altenpflegehilfskräfte unterscheiden sich bezüglich der physischen Belastungen nur in geringem Maße.

Nicht alle physischen Belastungen werden auch im negativen Sinne als Belastungen empfunden. 30 Prozent der Altenpflegefachkräfte, 25 Prozent der Altenpflegehilfskräfte und 12 Prozent der Beschäftigten in sonstigen Berufen fühlen sich durch häufiges Arbeiten im Stehen belastet. Bezüglich des häufigen Hebens und Tragens von schweren Lasten sind es 52 Prozent (Altenpflegefachkräfte) beziehungsweise 46 Prozent (Altenpflegehilfskräfte) im Vergleich zu acht Prozent in sonstigen Berufen. Bei der Arbeit in Zwangshaltung sind es 28 Prozent beziehungsweise 22 Prozent im Vergleich zu 5 Prozent.

Pflegekräfte sind häufiger mit Zeitdruck konfrontiert als Beschäftigte in anderen Berufen und fühlen sich auch häufiger dadurch belastet. Von den Altenpflegefachkräften geben 52 Prozent und von den Altenpflegehilfskräften 53 Prozent an, häufig Vorschriften bezüglich der Mindestleistung oder der Zeit für bestimmte Arbeiten zu haben (im Vergleich zu 27 Prozent in den sonstigen Berufen). Häufig unter Termin- und Leistungsdruck stehen 63 Prozent beziehungsweise 53 Prozent (Vergleichsgruppe: 50 Prozent), häufige Störungen und Unterbrechungen berichten 54 Prozent beziehungsweise 38 Prozent (Vergleichsgruppe: 48 Prozent). Häufig sehr schnell arbeiten zu müssen, geben 53 Prozent beziehungsweise 54 Prozent im Vergleich zu 39 Prozent der sonstigen Beschäftigten an, und 31 Prozent der Altenpflegefachkräfte und 24 Prozent der Altenpflegehilfskräfte geben an, häufig bis an die Grenze der Leistungsfähigkeit zu gehen (16 Prozent bei den sonstigen Berufen). Auch wenn die Unterschiede bei den angegebenen Belastungen im Vergleich zu den sonstigen Berufen in Teilen nicht groß sind, fühlen sich Altenpflegekräfte in der Regel deutlich mehr belastet als Beschäftigte in sonstigen Berufen.

häufigere Belastungen und häufigeres Überlastungsempfinden durch schwere körperliche Tätigkeit und Zwangshaltungen bei Pflegekräften

mehr Belastungen und mehr Belastungsempfinden bei Pflegekräften

Hilfskräfte häufiger
fachlich überfordert

Von Altenpflegehilfskräften werden häufiger Dinge verlangt, die sie nicht gelernt haben (14 Prozent im Vergleich zu 8 Prozent in sonstigen Berufen), was sie auch häufiger als belastend empfinden (9 Prozent zu 4 Prozent). Altenpflegehilfskräfte haben zudem weniger Einfluss auf die Arbeitsmenge und erhalten häufiger nicht alle für die Tätigkeit notwendigen Informationen.

Eine hohe emotionale Belastung ist in der Pflege durch den Umgang mit Leid und Tod und den Reaktionen von Klienten und Angehörigen gegeben. Entsprechend fühlen sich Altenpflegefachkräfte und Altenpflegehilfskräfte (40 Prozent und 35 Prozent) häufiger gefühlsmäßig durch die Arbeit belastet als Beschäftigte in sonstigen Berufen (13 Prozent).

Die Belastungen und das Belastungsempfinden von Krankenpflegefachkräften und Krankenpflegehilfskräften bewegen sich tendenziell in den Regionen wie bei den Altenpflegefachkräften und Altenpflegehilfskräften. Sie unterscheiden sich im Umfang in ähnlichem Maße von den Belastungen und dem Belastungsempfinden in sonstigen Berufen. Die Unterschiede zwischen den Hilfskräften und den Fachkräften sind auch bei den Krankenpflegekräften ähnlich groß.

Gesundheit (BARMER-Daten und BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006, 2012, 2018)

schlechterer Gesundheitszustand von Pflegekräften – insbesondere von Pflegehilfskräften

Korrespondierend zu den erhöhten Belastungen wird für Pflegekräfte insgesamt ein schlechterer Gesundheitszustand festgestellt. Diese Feststellung ist robust bei Variation der Messverfahren. Sowohl aus Befragungsergebnissen als auch bei den Analysen der ambulanten Diagnosen, der Fehlzeiten, der Arzneimittelverordnungen und der Krankenhausaufenthalte sind Pflegekräfte in den Bereichen der muskuloskelettalen und bei den psychischen und Verhaltensstörungen in höherem Ausmaß betroffen. Obwohl die Belastungen von Altenpflegefachkräften und Altenpflegehilfskräften sich in vielen Bereichen sehr ähneln, ist der Gesundheitszustand der Hilfskräfte schlechter als der der Fachkräfte.

Absolut und relativ zur Vergleichsgruppe häufig diagnostizierte Erkrankungen sind Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (insbesondere „sonstige

Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“, „sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes“, „Arthrose“, „Spondylopathien“), psychische und Verhaltensstörungen („neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“, „affektive Störungen“, „psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“), Hypertonie, chronische Krankheiten der unteren Atemwege, Adipositas und sonstige Überernährung sowie Diabetes mellitus.

vermehrte muskuloskelettale Erkrankungen und psychische und Verhaltensstörungen

Für Altenpflegefachkräfte wurde ein Krankenstand von 7,2 Prozent ermittelt. Bei den Altenpflegehilfskräften lag dieser sogar bei 8,7 Prozent. In den sonstigen Berufen lag der Krankenstand dagegen bei 5,0 Prozent. Für Krankenpflegekräfte stellen sich die Gesundheitszustände häufig etwas besser dar als für Altenpflegekräfte, aber in der Regel auch schlechter als bei den sonstigen Berufen. Der Krankenstand ist mit 6,5 Prozent bei Krankenpflegefachkräften und 7,9 Prozent bei Krankenpflegehilfskräften ebenfalls deutlich erhöht.

Krankenstand: Altenpflegefachkräfte 7,2%, Altenpflegehilfskräfte 8,7%, sonstige Berufe 5,0%

Frühverrentung (BARMER-Daten)

Die Ergebnisse zur Frühverrentung sind ebenso wie die Ergebnisse zur Belastung und zum Gesundheitszustand nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Zahl der Pflegekräfte nach der Pflegestatistik 2017. Von 1.000 Altenpflegefachkräften gehen durchschnittlich 3,9 innerhalb eines Jahres in die Erwerbsminderungsrente, bei den Altenpflegehilfskräften sind es 6,0, von den Krankenpflegefachkräften 3,9 und bei den Krankenpflegehilfskräften 4,2 von 1.000. Im Vergleich dazu sind es in den sonstigen Berufen nur 3,0 von 1.000 Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres in die Erwerbsminderungsrente gehen.

Erwerbsminderungsrente: Altenpflegefachkräfte jährlich 3,9 von 1.000, Altenpflegehilfskräfte 6,0 von 1.000, sonstige Berufe 3,0 von 1.000

Verlorene Jahre der Erwerbstätigkeit (BARMER-Daten)

Viele Erkrankungen und damit verbundene Fehlzeiten am Arbeitsplatz und Eintritte in die Erwerbsminderungsrente entstehen unabhängig vom Geschehen am Arbeitsplatz. Die überdurchschnittlich hohen Arbeitsunfähigkeitszeiten und der überdurchschnittliche Anteil der Frühverrentungen können daher als durch die Arbeitsbelastungen verloren gegangene Zeiten der Erwerbstätigkeit interpretiert werden.

26.000 zusätzliche
verlorene Erwerbsjahre
durch Fehlzeiten und
Frühverrentungen in
2017 im Vergleich zu
anderen Berufsgruppen

Um diesen Verlust zu quantifizieren, sind die überproportionalen Fehlzeiten und Frühverrentungen auf die Zahl der Pflegekräfte (Pflegestatistik 2017) bezogen worden. Gemäß dieser Hochrechnung ergeben sich für das Jahr 2017 für Pflegefachkräfte 380 Frühverrentungen und für Pflegehilfskräfte 1.285. Zudem ergeben sich für Pflegefachkräfte 9.969 und für Pflegehilfskräfte 14.370 verlorene Jahre durch überdurchschnittlich viele Fehlzeiten. In der Summe sind rund 26.000 Jahre pflegerischer Tätigkeit durch überdurchschnittlich schlechte Gesundheitszustände und deren Konsequenzen in Bezug auf Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühverrentungen verloren gegangen.

Personalbemessungs-
instrument und weitere
Maßnahmen der „Kon-
zertierten Aktion Pflege“
notwendig

Handlungsempfehlungen

Wie sich aktuell bei der Entwicklung des Personalbemessungsverfahrens bestätigt hat, ist die eingesetzte Pflegepersonalmenge nicht ausreichend, um gleichzeitig eine fachgerechte Pflege und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingung für das Pflegepersonal zu gewährleisten. Die resultierende Arbeitsverdichtung führt zu einer überdurchschnittlichen Belastung und zu negativen gesundheitlichen Auswirkungen, die sich in erhöhten Morbiditätszahlen äußern. Die daraus resultierenden vermehrten Fehlzeiten und Berufsausritte verstärken den Pflegenotstand, der sich darin äußert, dass auch die vorhandenen Stellen nicht oder nicht schnell genug (wieder)besetzt werden können. Dies führt dann für die verbleibenden Pflegekräfte wiederum zur Erhöhung der Arbeitsbelastung. Diesen Teufelskreis gilt es zu durchbrechen, wenn die Pflege dauerhaft qualitätsgesichert geleistet werden soll. Zentral hierbei ist – zumindest für die stationäre Langzeitpflege – die Einführung des Personalbemessungsinstrumentes und für häusliche und stationäre Pflege die Umsetzung der weiteren in der „Konzertierten Aktion Pflege“ verabredeten Maßnahmen.

Einleitung

Pflegesicherungssysteme sind der jüngste Zweig des Wohlfahrtsstaats. Wie Gesundheitssysteme müssen sie drei Funktionen erfüllen: Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung. Bei der Finanzierungsfunktion geht es darum, die finanziellen Ressourcen bereitzustellen, die das System benötigt, um Langzeitpflege zu finanzieren. In Deutschland sind diesbezüglich die Pflegeversicherung, die Sozialhilfe und die privat aufgebrachten Eigenmittel als wichtigste Finanzierungsquellen zu benennen. Während die Leistungserbringung im Gesundheitssystem praktisch ausschließlich von Gesundheitseinrichtungen und entsprechend ausgebildetem Gesundheitspersonal erbracht wird, sind in der Langzeitpflege neben den formellen Anbietern von Pflegeleistungen auch die informellen Strukturen zu betrachten. Die Regulierung von Finanzierung und Leistungserbringung wiederum erfolgt in der Langzeitpflege ebenso wie im Gesundheitssystem durch den Gesetz- und Verordnungsgeber, auf Bundes- und Landesebene, aber auch durch die gemeinsame Selbstverwaltung von Leistungsanbietern und Finanzierungsträgern, konkret: die Vertragspartner nach § 113 SGB XI.

In diesem Pflegereport wird über die Entwicklung im Zeitraum von 2018 bis 2019 in allen drei Dimensionen berichtet.

Kapitel 1 widmet sich der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Die jüngsten regulatorischen Eingriffe in die Pflegesicherung, über die in diesem Kapitel berichtet wird, erfolgten zum einen in Reaktion auf die COVID-19-Pandemie, von der Menschen mit Pflegebedarf in besonderem Maße betroffen sind. Das zweite große Reformthema der jüngeren Zeit ist der Pflegenotstand. Bereits im Sommer 2019 haben die Partner der „Konzertierten Aktion Pflege“ diesbezüglich die zügige Einführung des Personalbemessungsverfahrens in der Langzeitpflege vereinbart. Nachdem der Abschlussbericht des Forschungsprojekts zur Entwicklung und Erprobung dieses Personalbemessungsverfahrens im September 2020 vorgelegt wurde, gilt es nun, dessen Einführung voranzutreiben. Ein erster Schritt ist im Gesetzentwurf eines Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetzes bereits enthalten, weitere müssen zeitnah folgen – auch um die besonderen Belastungen der Pflegekräfte, die das Schwerpunktthema dieses Reports bilden, zu reduzieren.

Kapitel 1: Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Kapitel 2: Pflege im Spiegel der Statistik

Kapitel 2 stellt die Pflege im Spiegel der Statistik dar und beschäftigt sich mit Pflegebedürftigen, der Leistungserbringung und der Finanzierung. Anders als im Gesundheitssystem wird die Leistungsberechtigung nicht bei jedem Leistungsbezug einzeln (durch die Anbieter) festgelegt, sondern generalisiert durch die Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder durch andere unabhängige Gutachter beziehungsweise von MEDICPROOF festgestellt. Kapitel 2 gibt daher zunächst Auskunft über die Zahl der Pflegebedürftigen und deren Struktur sowie die Inanspruchnahme von Leistungen. Leistungsanspruchnahme setzt aber ein entsprechendes Leistungsangebot voraus, das gleichfalls beschrieben wird. Hierbei ist zwischen der informellen Pflege durch Angehörige und weitere informelle Pflegepersonen und den formellen Pflegeeinrichtungen zu unterscheiden, die sich wiederum in ambulante und stationäre Anbieter untergliedern lassen. Schließlich wird in Kapitel 2 die Finanzierung der Leistungen der Langzeitpflege und die Aufteilung der Ausgaben auf die verschiedenen Finanzierungsträger thematisiert.

Kapitel 3: Schwerpunkt „Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen“

In Kapitel 3 wird dann der Rahmen der Routineberichterstattung verlassen und ein Schwerpunktthema behandelt: die Belastungen der Pflegekräfte. Ausgehend von der Beschreibung der Belastungen und der individuellen Beurteilung durch die Beschäftigten werden die Gesundheitszustände von Pflegekräften mit denen von Beschäftigten in anderen Berufen verglichen. Dabei geht es sowohl um die Ermittlung, welche Erkrankungen sich häufiger zeigen, als auch um die Feststellung, wie viel Pflegepotenzial durch Fehlzeiten und Frühverrentung verloren geht.

Kapitel 1

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2019/2020

1 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2019/2020

Auch das Pflegesicherungssystem ist in besonderer Weise von COVID-19 betroffen. In Kapitel 1.1 wird daher auf die Auswirkungen dieses die Gesellschaft weltweit prägenden Ereignisses auf die Langzeitpflege eingegangen. Kapitel 1.2 widmet sich anschließend der Personalbemessung in der Langzeitpflege. Dieses Thema, das die Pflegeversicherung seit ihrer Einführung begleitet, hat durch den Abschluss des Projekts zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens nach § 113c Sozialgesetzbuch (SGB) XI einen aktuellen Schub erfahren, der bereits zu ersten Umsetzungsschritten im Entwurf eines Versorgungsverbesserungsgesetzes geführt hat.

1.1 Langzeitpflege in Zeiten der COVID-19-Pandemie

Ende Dezember 2019 wurden in China erste Patienten mit Pneumonie behandelt, deren Erreger bis zu diesem Zeitpunkt unbekannt war. Am 7. Januar 2020 konnte das neuartige Virus SARS-CoV-2 identifiziert werden und am 13. Januar 2020 wurde die komplette Genomsequenz in der NCBI-GenBank hinterlegt (GenBank-Nummer MN908947). Nahezu gleichzeitig wurde von einem Team der Charité unter Leitung von Christian Drosten ein erstes Nachweisverfahren publiziert (Neubert, 2020). Die Ausbreitung des Virus nahm anschließend eine dramatische Dynamik an, so dass die World Health Organization (WHO) die Epidemie am 11. März 2020 zur weltweiten Pandemie erklärte. Mitte März 2020 hatte sich die Europäische Region zum Epizentrum der Pandemie entwickelt (WHO, 2020c). In Deutschland trat die erste bestätigte Infektion bereits am 27. Januar 2020 auf (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2020). Am 1. März lag die Zahl der (kumulierten) laborbestätigten Infektionen erstmals über 100, am 8. März bei mehr als 1.000, am 17. März bei mehr als 10.000 und am 5. April bei mehr als 100.000.

Im Folgenden werden die Auswirkungen der Pandemie für Pflegebedürftige und die sie versorgenden Personen und Institutionen betrachtet. Pflegebedürftige sind im besonderen Maße von der Pandemie betroffen, da sie unter anderem wegen ihres altersbedingt schwächeren Immunsystems und ihrer Grunderkrankungen regelmäßig zur

Risikogruppe für schwerwiegende Verläufe zählen (RKI, 2020d). Pflegende werden durch Maßnahmen zur Eindämmung und Prävention der Pandemie vor besondere Herausforderungen gestellt und zählen zugleich oftmals selbst zur Risikogruppe. Nachstehend wird zunächst ein kurzer Überblick über das neuartige Virus SARS-CoV-2, die dadurch hervorgerufene Erkrankung COVID-19 und ihre Verbreitung weltweit sowie in Deutschland gegeben (Kapitel 1.1.1). Anschließend wird ein Überblick über die aufgrund der Pandemie verabschiedeten gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen gegeben, die sich auf die Langzeitpflege beziehen (Kapitel 1.1.2). Nachdem dargestellt wird, in welchem Umfang Pflegebedürftige und die sie versorgenden Pflegekräfte und Personen von SARS-CoV-2 und COVID-19 betroffen sind (Kapitel 1.1.3), werden der Umgang mit der Pandemie (Kapitel 1.1.4) und die Auswirkungen auf Pflegende und Gepflegte (Kapitel 1.1.5) thematisiert. Abschließend wird diskutiert, welche Schlussfolgerungen sich daraus für den weiteren Umgang mit der Pandemie ergeben (Kapitel 1.1.6).

1.1.1 Hintergrund zur COVID-19-Pandemie

Die durch das SARS-CoV-2-Virus hervorgerufene, als „coronavirus disease 2019“, kurz COVID-19, bezeichnete Krankheit betrifft vor allem die Atemwege und löst dort Symptome wie Husten, Schnupfen und Pneumonien aus. Zudem kommt es begleitend häufig zu Störungen des Geruchs- und/oder Geschmackssinns und zu Fieber. Die Krankheitsverläufe unterscheiden sich von Fall zu Fall stark hinsichtlich der Symptomatik wie auch der Schwere und reichen von symptomlosen Verläufen bis zu schwersten Krankheitsverläufen mit schweren Pneumonien bis hin zur Todesfolge. Als Übertragungsweg zählen vor allem Tröpfcheninfektionen und die Übertragung durch Aerosole durch die Luft, während Schmierinfektionen eine geringe Rolle spielen (RKI, 2020f). Zur Risikogruppe für einen schweren Krankheitsverlauf zählen Personen mit einem geschwächten oder weniger gut reagierenden Immunsystem, hierzu zählen auch bereits Personen ab dem 50. Lebensjahr (RKI, 2020d). Als Risikofaktoren kommen das Auftreten von Grunderkrankungen wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Erkrankungen des Atmungssystems, der Leber, der Niere sowie Krebserkrankungen hinzu (RKI, 2020d). Von diesen Erkrankungen sind ältere Menschen besonders häufig betroffen (Saß et al., 2009, S. 31). Ein besonderes Risiko liegt bei Personen vor, bei denen mehrere Risikofaktoren auftreten, insbesondere ältere Personen mit multimorbider Vorerkrankung (RKI, 2020d).

Personen mit geschwächtem oder weniger gut reagierendem Immunsystem zählen zur Risikogruppe für schwere Krankheitsverläufe.

Aufgrund fehlender Resistenzen gegen das Virus in der Bevölkerung sowie fehlender Impfstoffe wird die Verbreitung begünstigt (RKI, 2020f). Aus diesem Grund zählt aktuell als wichtigste Maßnahme gegen eine Infektion und die weitere Ausbreitung der Pandemie die größtmögliche Minderung des Risikos einer Infektion. Dies kann vor allem durch Verhaltensregeln wie regelmäßiges Händewaschen, Abstandhalten, das Vermeiden von Berührungen im Gesicht, Zuhausebleiben bei Unwohlsein und das Bedecken von Mund und Nase beim Husten und Niesen erreicht werden (RKI, 2020d; WHO, 2020b). Zudem wird das Tragen von Mund-Nasen-Bedeckungen (MNB) in bestimmten Situationen im öffentlichen Raum empfohlen (RKI, 2020b, S. 3 ff.). Zur Umsetzung dieser Empfehlungen wurden in Deutschland zu unterschiedlichen Zeitpunkten, je nach Infektionslage und auch in Anbetracht regionaler Unterschiede, Gesetze und Verordnungen bekanntgegeben, die beispielsweise das Zusammenkommen von großen Menschenmengen im Zusammenhang mit Großveranstaltungen, aber auch die Quarantänepflicht für Einreisende aus Risikogebieten regeln (BMG, 2020d).

Die Pandemie unterliegt einer sehr dynamischen Entwicklung, die in ihrer ganzen Komplexität an dieser Stelle nicht abgebildet werden kann. Stattdessen wird ein kurzer Überblick über die bisherige Verbreitung und die aktuelle Situation weltweit und in Deutschland gegeben.

weltweit 30,7 Mio. Infizierte und 954.000 Todesfälle mit COVID-19 (Stand 20.09.2020)

Weltweit sind bisher (Stand 20. September 2020) rund 30,7 Millionen Infizierte und rund 954.000 Todesfälle verzeichnet worden. Rund 15 Millionen Infizierte wurden in Süd-, Nord- und Zentralamerika, sechs Millionen in Südostasien, fünf Millionen in Europa, zwei Millionen im Nahen Osten (Eastern Mediterranean Region), eine Million in Afrika und 580.000 im westlichen Pazifik bestätigt (WHO, 2020e). In Relation zur Anzahl der Bevölkerung sind vor allem der amerikanische Kontinent, Südostasien und Europa betroffen (Tabelle 1.1). Derzeit werden weltweit rund zwei Millionen Neuinfektionen und 37.000 Todesfälle pro Woche registriert (Stand 20. September 2020). Ein Großteil aller Neuinfektionen in der 38. Kalenderwoche entfällt auf den amerikanischen Kontinent und Südostasien (38 Prozent beziehungsweise 35 Prozent). Mehr als jede sechste neuerkrankte Person stammt aus Europa (18 Prozent). Die übrigen Neuerkrankungen entfallen auf den Nahen Osten (sechs Prozent), den westlichen Pazifik (zwei Prozent) und Afrika (ein Prozent) (WHO, 2020a).

Tabelle 1.1: Verbreitung weltweit nach Regionen (Stand 20. September 2020)

Region (WHO-Klassifikation)	kumulierte Fälle pro 1 Million Einwohner	kumulierte Todesfälle pro 1 Million Einwohner	Neuerkrankungen in den letzten 7 Tagen
Afrika	173	4	29.076
Amerika (Süd-, Nord- und Zentralamerika)	2.295	78	767.410
Europa	760	34	360.601
Naher Osten	315	8	114.057
Südostasien	1.053	18	696.400
westlicher Pazifik	100	2	31.353

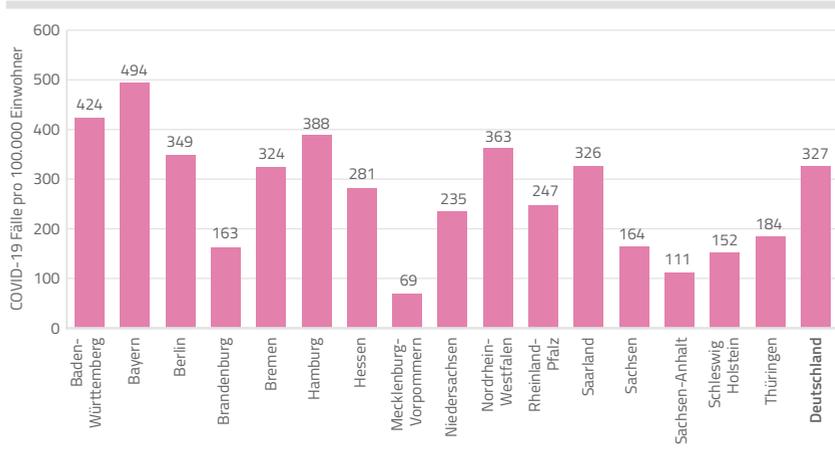
Quelle: eigene Darstellung nach (WHO, 2020a)

Die dynamische Entwicklung der COVID-19-Pandemie in Deutschland kann vor allem durch den rapiden Anstieg der Fallzahlen im Frühjahr 2020 und den darauffolgenden Rückgang ab Mitte April sowie durch die auf geringem Niveau stagnierende Zahl von Fällen und Neufällen während der Monate Juni und Juli charakterisiert werden. Seit Mitte Juli zeigt sich wiederum ein recht konstanter Anstieg der Fallzahlen. Aktuell (Stand 20. September 2020) infizieren sich rund 10.700 Personen pro Woche in Deutschland und damit rund viermal so viele wie Anfang Juni. Dies entspricht 12,9 Fällen je 100.000 Einwohner. Insgesamt haben sich seit Beginn der Pandemie in Deutschland rund 271.000 Personen infiziert, von denen 9.386 Personen verstorben sind (Stand 20. September 2020) (RKI, 2020i).

Hinsichtlich der kumulierten Inzidenz, also der Gesamtzahl der seit Ausbruch der Epidemie laborbestätigt Infizierten, zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Während dieser Wert (Stand 20. September 2020) bundesweit bei 327 Fällen je 100.000 Einwohner liegt, beträgt dieser Wert in Mecklenburg-Vorpommern, das bisher am geringsten von der Pandemie betroffen ist, 69 Fälle je 100.000 Einwohner und in Bayern, als Land mit der höchsten kumulierten Inzidenz, 494 Fälle je 100.000 Einwohner (Abbildung 1.1). In ähnlichem Maße unterscheiden sich die Bundesländer hinsichtlich des Anteils der Todesfälle mit einer COVID-19-Infektion an den Bewohnern. Bundesweit sind 11,3 Personen pro 100.000 Einwohner mit COVID-19 verstorben. Im Ländervergleich liegt das Maximum dieses Werts bei 20,2 (Bayern) und das Minimum bei 1,2 (Mecklenburg-Vorpommern) (Abbildung 1.2).

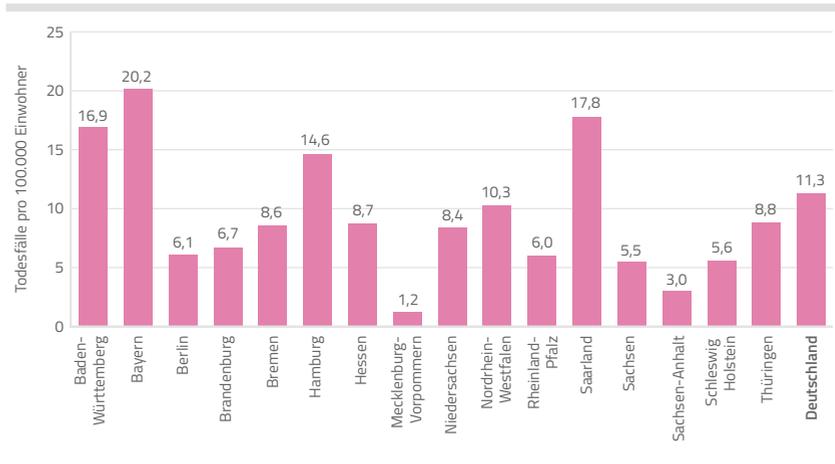
große Unterschiede
in der Betroffenheit
innerhalb Deutschlands

Abbildung 1.1: COVID-19-Fälle pro 100.000 Einwohner nach Bundesländern (kumulierte Inzidenz) (Stand 20. September 2020)



Quelle: eigene Darstellung nach RKI (2020i)

Abbildung 1.2: Todesfälle mit COVID-19 pro 100.000 Einwohner nach Bundesländern (kumulierte Inzidenz) (Stand 20. September 2020)



Quelle: eigene Darstellung nach RKI (2020i)

Unterschiede in der Betroffenheit zeigen sich auch in Hinblick auf das Alter der labormedizinisch bestätigt Infizierten. Der (kumulierte) Anteil der Infizierten an der jeweiligen Bevölkerung ist bei den 80-Jährigen und älteren sowie bei den 15- bis 34-Jährigen am höchsten, während vor allem die Gruppen der kleinen Kinder (0 bis 4 Jahre) und der Kinder und Jugendlichen (5 bis 14 Jahre) kaum betroffen sind (RKI, 2020a). Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts zeigen sich bisher nicht. In Hinblick auf das Alter zeigt sich im Zeitraum der 29. bis 34. Kalenderwochen ein deutlicher Anstieg der Inzidenzen der Altersgruppen der 15- bis 34-Jährigen und der 5- bis 14-Jährigen, während die Inzidenzen vor allem in den Altersgruppen der 60- bis 79-Jährigen sowie der 80-Jährigen und Älteren stagnieren. In der 33. bis 36. Kalenderwoche sind jeweils die Hälfte der neuinfizierten Personen unter 30 Jahre alt (RKI, 2020h). In Hinblick auf die Mortalität zeigt sich ebenso ein Unterschied in den Altersgruppen: So liegt der Altersdurchschnitt der mit COVID-19 verstorbenen Personen bei 81 Jahren. Der Großteil der Verstorbenen war 70 Jahre und älter (RKI, 2020h).

Neuinfektionen unter jungen Menschen nehmen zu

1.1.2 Gesetzliche Regelungen

In den in Reaktion auf die Pandemie verabschiedeten Gesetzen und erlassenen Verordnungen finden sich auch spezifische Regeln für die Langzeitpflege. Diese zielen insbesondere darauf ab, die Ausbreitung der Pandemie einzudämmen, den Arbeitsanfall in Pflegeeinrichtungen kompensatorisch zu verringern, die besonderen Leistungen der Beschäftigten anzuerkennen und das wirtschaftliche Überleben der Pflegeeinrichtungen sicherzustellen.

Zur Eindämmung der Pandemie wurde bereits Anfang Februar 2020 die Meldepflicht im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) für Erkrankungen mit dem SARS-CoV-2-Virus ausgeweitet. Zudem wurde eine verstärkte Testung im Umfeld gefährdeter Personen (beispielsweise in Pflegeheimen) beschlossen. Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz wurden Änderungen bei der Durchführung von Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI und ein Verzicht auf Beratungsbesuche bei Pflegebedürftigen nach § 37 SGB XI beschlossen, um die Kontakte zu reduzieren (Tabelle 1.2).

Da viele der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie mit zusätzlichem Arbeitsaufwand einhergehen und außerdem mit einem Anstieg der Krankenstände aufgrund der Pandemie zu rechnen war, der sich in Bezug auf Pflegekräfte auch bestätigt hat (BKK Dachverband, 2020), zielen weitere Maßnahmen auf eine Entlastung der Pflegeeinrichtungen von ansonsten anfallenden Pflichten ab. Hier sind unter anderem das Aussetzen von Qualitätsprüfungen sowie Flexibilisierungen in der Aus- und Weiterbildung und die Möglichkeit der Verlängerung der Ausbildung zu nennen. Die Einrichtungen werden vor allem finanziell durch die Regelung zur Erstattung pandemiebedingter außerordentlicher Aufwendungen oder Einnahmeausfälle über die Pflegeversicherung und durch Flexibilisierungen hinsichtlich gesetzlicher und vertraglicher Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Personalausstattung entlastet.

Tabelle 1.2: Chronologie der in Reaktion auf die Pandemie verabschiedeten Gesetze und erlassenen Rechtsverordnungen mit Bezug zur Pflegeversicherung im Jahr 2020

Verabschiedung	Gesetze/Verordnungen Regelungen zur Pflegeversicherung
30. Januar 2020	<p>Eilverordnung des BMG nach § 15 IfSG 2019-nCoV Verordnung über die Ausdehnung der Meldepflicht nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 7 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes auf Infektionen mit dem erstmals im Dezember 2019 in Wuhan/Volksrepublik China aufgetretenen neuartigen Coronavirus („2019-nCoV“) (BAnz. AT 31.01.2020 V1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausdehnung der Meldepflicht im Rahmen des IfSG ▪ Außerkrafttreten: mit Inkrafttreten des 2. Bevölkerungsschutzgesetzes
27. März 2020	<p>Gesetz zum Ausgleich COVID-19-bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen („COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz“) BGBl. I, S. 580</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ befristetes Aussetzen von Qualitätsprüfungen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen, Änderungen bei der Durchführung von Begutachtungen und der Verzicht auf Beratungsbesuche bei Pflegebedürftigen ▪ Regelung zur Erstattung pandemiebedingter außerordentlicher Aufwendungen oder Einnahmeausfälle über die Pflegeversicherung für zugelassene Pflegeeinrichtungen ▪ Abweichungen sowie Gestaltungsspielraum in Hinblick auf gesetzliche und vertragliche Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Personalausstattung in zugelassenen Pflegeeinrichtungen (BMG, 2020c)
27. März 2020	<p>Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite BGBl. I, S. 587</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Flexibilisierung von Vorschriften in pflegerischen Einrichtungen (BMG, 2020c)

Verabschiedung	Gesetze/Verordnungen Regelungen zur Pflegeversicherung
30. April 2020	<p>Verordnung zum Ausgleich COVID-19-bedingter finanzieller Belastungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte, der Heilmittelerbringer und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen sowie zur Pflegehilfsmittelversorgung (COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung – COVID-19-VSt-SchutzV) (BAnz. AT 04.05.2020 V1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu 60 Euro (und nicht wie zuvor bis zu 40 Euro) refinanziert ▪ Außerkrafttreten: mit Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite, ansonsten spätestens mit Ablauf des 31.03.2021
19. Mai 2020	<p>Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite BGBl. I, S. 1018</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Corona-Prämie für Beschäftigte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen ▪ Regelung zur Erstattung pandemiebedingter außerordentlicher Aufwendungen oder Einnahmefälle über die Pflegeversicherung für Anbieter von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag ▪ Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzzahlung bis 20 Tage und auch bei Versorgungslücken bei der Pflege zu Hause, wenn die professionelle Pflege aufgrund von Corona ausfällt ▪ Leistungsanspruch für Kurzzeitpflege wird zeitlich befristet angehoben, wenn eine Versorgung in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erfolgt ▪ Entlastungsbetrag kann abweichend der Vorgaben anderweitig verwendet werden ▪ Ansparmöglichkeit der Entlastungsleistungen aus dem Jahr 2019 wird einmalig um drei Monate verlängert <p>Flexibilisierung in der Ausbildung (BMG, 2020h)</p>
8. Juni 2020	<p>Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (BAnz. AT 09.06.2020 V1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leistungsanspruch für Testungen zur Bekämpfung und Verhütung von Ausbrüchen in Pflegeeinrichtungen ▪ Außerkrafttreten: mit Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite, ansonsten spätestens mit Ablauf des 31.03.2021
10. Juni 2020	<p>Verordnung zur Sicherung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BAnz. AT 12.06.2020 V1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nutzung digitaler und anderer geeigneter Unterrichtsformate ▪ Möglichkeit der Verlängerung der Ausbildung ▪ Abweichung von Regelungen zur Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse, zum praktischen Teil der staatlichen Prüfung sowie zur Qualifikation der Praxisanleitung ▪ Außerkrafttreten: ein Jahr nach Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite, spätestens mit Ablauf des 31.03.2022

Zur Stärkung der informellen Pflege wurden die Ansprüche auf Pflegeunterstützungsgeld und der Leistungsanspruch für Kurzzeitpflege ausgeweitet. Zudem kann der Entlastungsbetrag nun abweichend von den ursprünglichen Vorgaben verwendet werden, und es wird gleichzeitig ermöglicht, nicht in Anspruch genommene Entlastungsleistungsansprüche anzusparen. In Tabelle 1.2 werden chronologisch die genannten Verordnungen und Gesetze aufgelistet und in Hinblick auf ihre zentralen Inhalte in Bezug auf die Langzeitpflege skizziert.

Neben Gesetzen und Verordnungen spielen für die Pflegepraxis auch die Empfehlungen des RKI (2020c, 2020e) und die S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) (DGP, 2020) eine Rolle, auf die in Kapitel 1.1.4 teilweise Bezug genommen wird.

1.1.3 Betroffenheit von Pflegebedürftigen und Pflegenden

Gepflegte und Pflegenden
unterliegen erhöhtem
Risiko.

Aufgrund ihrer Altersverteilung und ihrer häufig vorhandenen Vorerkrankungen wird bei Pflegebedürftigen von einem erhöhten Risiko für schwere und tödliche Krankheitsverläufe ausgegangen (Blättner, 2020, S. 187). Die räumliche Nähe in stationären Einrichtungen erhöht das Risiko, dass sich Infektionen schnell verbreiten. Durch die im Arbeitskontext unvermeidbare körperliche Nähe der Pflegebedürftigen zu Pflegekräften ist eine erhöhte Betroffenheit der Pflegekräfte ebenso naheliegend. Zudem sind 34 Prozent des Pflegepersonals in stationären Einrichtungen¹ und 36 Prozent des Pflegepersonals in ambulanten Pflegediensten² 50 Jahre oder älter und gehören demnach einer Gruppe mit erhöhtem Risiko für einen schwerwiegenden Verlauf einer COVID-19-Erkrankung an. Ebenso spricht das Durchschnittsalter der Hauptpflegepersonen bei pflegenden Angehörigen mit 61,6 Jahren für einen hohen Anteil in der Risikogruppe (Geiss et al., 2019, S. 99).

1 Basierend auf den Daten des (Statistisches Bundesamt, 2018f, S. 23 f.) wurde dieser Wert als Quotient aus der Zahl Pflegekräfte im Alter von mindestens 50 Jahre und älter an allen Pflegekräften in stationären Einrichtungen errechnet.

2 Basierend auf den Daten des (Statistisches Bundesamt, 2018e, S. 20) wurde dieser Wert als Quotient aus der Zahl Pflegekräfte im Alter von mindestens 50 Jahre und älter an allen Pflegekräften in ambulanten Einrichtungen errechnet.

Eine Erfassung der SARS-CoV-2-Infektionen unter Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege erfolgt in Deutschland bisher nicht standardisiert. Eine Abschätzung über die Betroffenheit dieser Personengruppen kann über die Fälle, die im Rahmen des § 36 IfSG ermittelt und seit Ende April 2020 in den täglichen Lageberichten des RKI berichtet werden, erfolgen. Fälle, die in Einrichtungen wie Pflegeeinrichtungen, Obdachlosenunterkünften, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylsuchenden und anderen Einrichtungen auftreten, werden darin differenziert nach Bewohnern und Mitarbeitern erhoben. Infizierte oder verstorbene Personen werden in dieser Statistik nur erfasst, wenn sie in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer ambulant betreuten Wohnform leben. Personen, die durch einen ambulanten Pflegedienst häuslich versorgt werden oder in einem Pflegedienst beschäftigt sind, werden – mit Ausnahme von ambulanter Intensivpflege nach § 23 IfSG – nicht erfasst. Offizielle Zahlen zur Situation in der informellen Pflege liegen ebenfalls nicht vor.

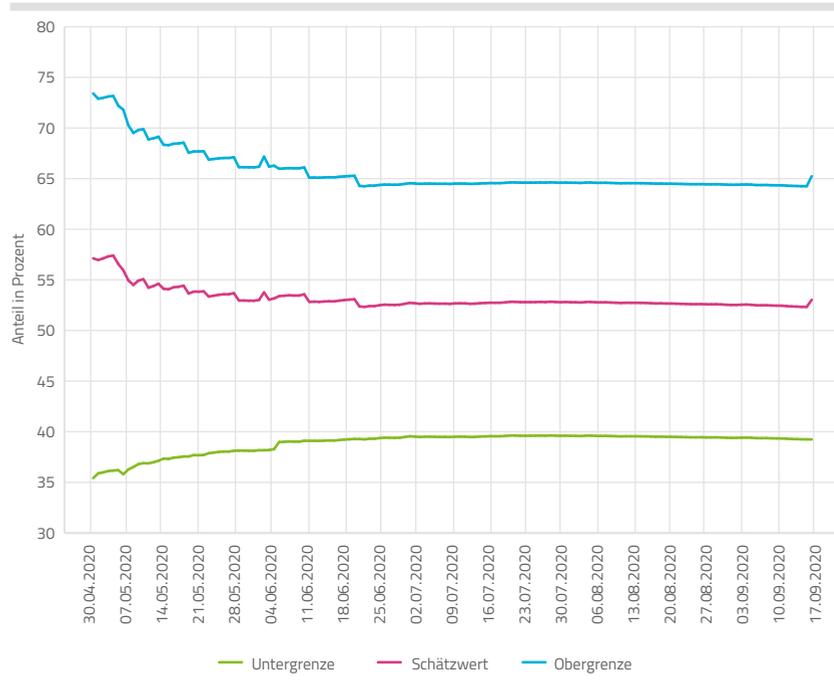
Datenlage zu Pflegebedürftigen und Pflegenden dünftig

Insgesamt sind seit Beginn der Pandemie 19.766 Fälle unter Bewohnern und 10.956 unter Mitarbeitern von Einrichtungen gemäß § 36 IfSG als infiziert gemeldet worden (Stand 20. September 2020). Damit machen die betroffenen Bewohner einen Anteil von sieben Prozent und die Mitarbeiter einen Anteil von vier Prozent an allen Infizierten aus. Allerdings ist dabei zu beachten, dass es sich bei den Pflegebedürftigen und Mitarbeitern um Mindestangaben handelt, da bei einem Viertel der Fälle Angaben zu Betreuung, Unterbringung und Tätigkeit fehlen (RKI, 2020i).

Von den Bewohnern der Einrichtungen nach § 36 IfSG sind 3.683 Personen mit COVID-19 verstorben (Stand 20. September 2020). Aufgrund der jeweiligen quantitativen Bedeutung der Einrichtungen und der Altersverteilung ihrer Bewohner ist davon auszugehen, dass es sich hierbei fast ausschließlich um Heimbewohner handelt. Der Anteil der Heimbewohner an allen erfassten Toten mit COVID-19 liegt damit bei knapp 40 Prozent. Allerdings ist dies nur die Untergrenze. Werden die 25 Prozent der Fälle, bei denen Angaben zur Unterbringung fehlen, anteilig hinzugerechnet, ergibt sich ein seit Monaten stabiler Anteilswert der Heimbewohner an allen Toten mit COVID-19 von mehr als 50 Prozent (Abbildung 1.3). Dieser Anteilswert wird durch eine Umfrage unter 824 Pflegeheimen vom Mai 2020 bestätigt (Rothgang et al., 2020a).

Heimbewohner machen mehr als 50 % aller Todesfälle aus.

Abbildung 1.3: Anteil der Bewohner von Einrichtungen nach § 36 IfSG an allen Toten mit COVID-19



Quelle: eigene Berechnung auf Grundlage der täglichen Lageberichte des RKI

Anhand der Inzidenzraten (Neuerkrankungen je 100.000 Personen³ pro Woche lässt sich die Entwicklung in der Gesamtbevölkerung sowie die Betroffenheit von Bewohnern und Mitarbeitern der Gemeinschaftsunterkünfte nach § 36 IfSG abbilden und vergleichen. Für die Gesamtbevölkerung ist die erste Welle der Pandemie zwischen Mitte März und Ende April deutlich zu erkennen, bei der es zu einer maximalen Inzidenzrate von

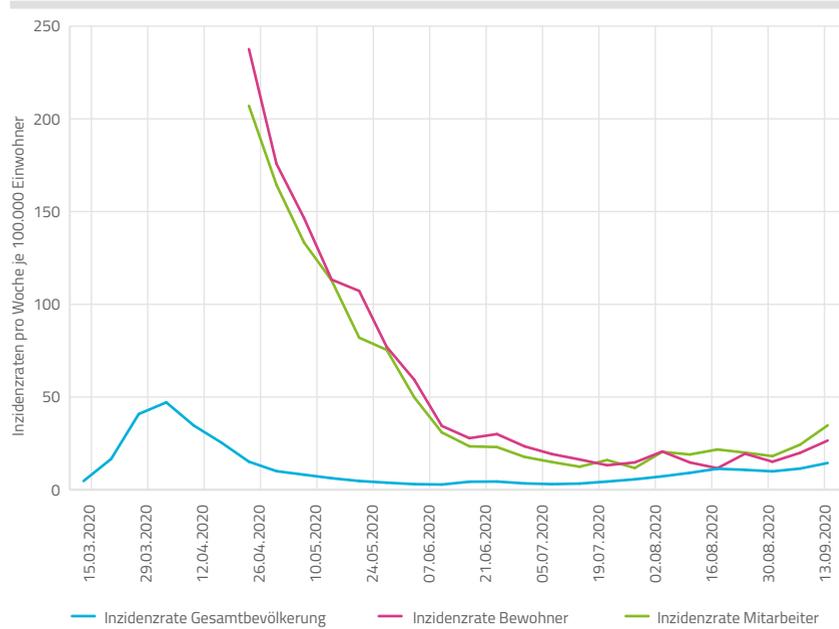
³ Inzidenzraten sind exakt definiert „als Quotient aus den Inzidenzfällen eines Zeitraums dividiert durch die mittlere Anzahl der betrachteten Bevölkerung in diesem Zeitraum“ (RKI, o. J.). Da keine Daten zur wöchentlichen Veränderung der Bevölkerung in Deutschland beziehungsweise der Anzahl der Pflegebedürftigen beziehungsweise Pflegekräften vorliegen, wird als Divisor zum einen die Bevölkerungszahl in Deutschland zum Zeitpunkt 31. Dezember 2019 (Statistisches Bundesamt, 2020c) und zum anderen die Anzahl der Pflegebedürftigen, die stationär gepflegt werden (Stand 31. Dezember 2019) (BMG, 2020g, S. 1), herangezogen. Außerdem wird die Anzahl der Mitarbeiter in der Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen herangezogen (Stand 15. Dezember 2017) (Statistisches Bundesamt, 2018d, S. 35).

47 Neuerkrankungen pro 100.000 je sieben Tagen gekommen ist. Daten für die Bewohner liegen erst seit Ende April vor. Zu diesem Zeitpunkt ist das Maximum der Inzidenz bereits überschritten und die Inzidenzrate ist Ende April von 238 Neuerkrankungen pro 100.000 je sieben Tagen bis Ende Juli kontinuierlich gesunken. Seitdem schwankt sie bis Anfang September um den Wert 15 und damit auf ähnlichem Niveau wie die Inzidenzrate in der gesamten Bevölkerung. Seit Mitte September ist ein erneuter Anstieg zu beobachten. War die Inzidenz der Heimbewölkerung in der ersten Welle somit deutlich erhöht, hat sie inzwischen ein nahezu bevölkerungsdurchschnittliches Maß erreicht. Die Entwicklung der Inzidenzrate von Mitarbeitern zeigt ein sehr ähnliches Bild (Abbildung 1.4).

Bemerkenswert an dieser Entwicklung ist somit zum einen der große Niveauunterschied zwischen der Inzidenzrate der Gesamtbevölkerung und den Inzidenzraten der Bewohner beziehungsweise der Mitarbeiter von Einrichtungen nach § 36 IfSG Ende April und zum anderen die Angleichung der Inzidenzraten bis etwa Ende Juli. Außerdem fällt die parallele Entwicklung der Zahlen von Bewohnern und Mitarbeitern auf. Diese kann auf Zusammenhänge zwischen den Erkrankungsgeschehen hinweisen. Eine positive Korrelation zwischen Betroffenheit der Pflegebedürftigen und Pflegenden im stationären Setting wird bei Rothgang et al. (2020a) beschrieben. Ausgehend von Annahmen des RKI-Lageberichts vom 6. Mai 2020, wonach die Zunahme der Fälle bei der Altersgruppe der über 70-Jährigen in Zusammenhang mit vermehrten Ausbrüchen in Pflegeeinrichtungen sowie in Krankenhäusern steht (RKI, 2020g), könnte darauf geschlossen werden, dass aktuell trotz steigender Fallzahlen in der Gesamtbevölkerung ein geringes Niveau der Fallzahlen unter der älteren Bevölkerung auf das Ausbleiben oder ein deutlich geringeres Maß von Ausbrüchen in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zurückzuführen ist. Dies bliebe zu untersuchen, ebenso, in welchem Zusammenhang die in Einrichtungen getroffenen Schutzmaßnahmen damit stehen.

Inzidenzraten von Bewohnern und Mitarbeitern nähern sich der Inzidenzrate der Gesamtbevölkerung an.

Abbildung 1.4: Entwicklung der Inzidenzraten pro Woche in der Gesamtbevölkerung und unter Bewohnern beziehungsweise Mitarbeitern in Einrichtungen nach § 36 IfSG

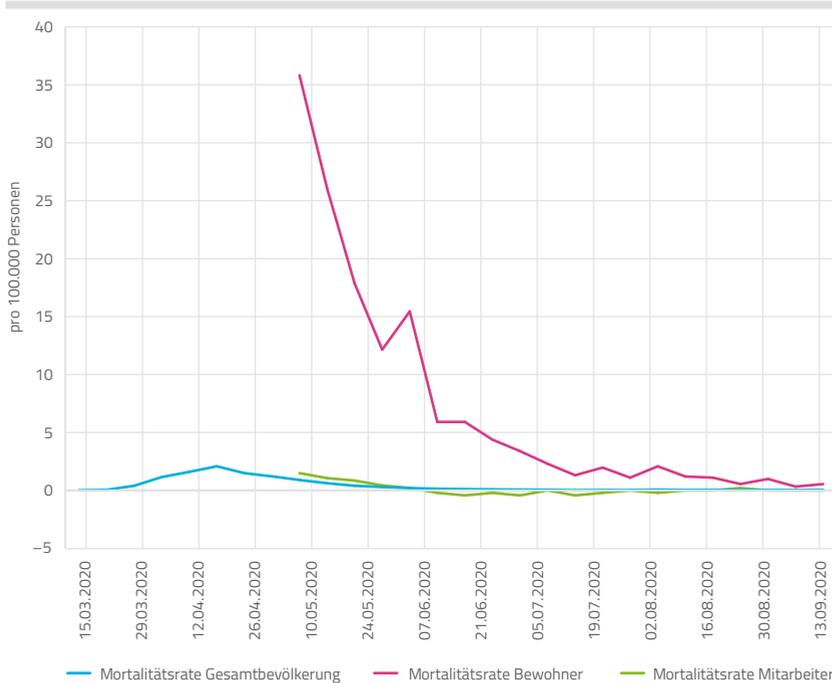


Quelle: eigene Berechnung auf Grundlage der täglichen Lageberichte des RKI sowie Statistisches Bundesamt (2018d, 2020c)

Mortalitätsrate von
Bewohnern deutlich
höher als in der Gesamt-
bevölkerung

Die Entwicklung der Mortalitätsraten hat einen ähnlichen Verlauf wie die der Inzidenzraten. Allerdings ist der Unterschied zwischen den Bewohnern von Einrichtungen nach § 36 IfSG und der Gesamtbevölkerung zu Beginn der Betrachtungsperiode noch deutlich höher als bei den Inzidenzzahlen. Auch wenn es im Verlauf zu einer klaren Annäherung der Mortalitätsrate der Bewohner an die Mortalitätsrate der Gesamtbevölkerung kommt, unterscheiden sich diese auch Mitte September noch deutlich. Während in der Gesamtbevölkerung eine Mortalitätsrate von 0,04 Verstorbenen pro 100.000 Personen in einer Woche vorliegt, liegt die Mortalitätsrate von Bewohnern bei 0,55 Verstorbenen pro 100.000 Personen in einer Woche und damit mehr als 14-mal so hoch. Mitarbeiter solcher Einrichtungen weisen keine erhöhte Mortalitätsrate auf. Die erste Welle der Pandemie in der Gesamtbevölkerung wird auch in den Mortalitätsraten sichtbar (Abbildung 1.5).

Abbildung 1.5: Entwicklung der Mortalitätsraten pro Woche in der Gesamtbevölkerung und unter Bewohnern beziehungsweise Mitarbeitern in Einrichtungen nach § 36 IfSG



Quelle: eigene Berechnung auf Grundlage der täglichen Lageberichte des RKI sowie Statistisches Bundesamt (2018d, 2020c)

Für von Pflegediensten versorgte Pflegebedürftige liefert das RKI keine Zahlen, so dass hier auf Befragungsdaten zurückgegriffen werden muss. In der schon zitierten Online-Umfrage wurde Anfang Mai in 12 Prozent der untersuchten stationären Langzeitpflegeeinrichtungen und in 17 Prozent der untersuchten ambulanten Pflegedienste COVID-19-Erkrankungen unter Pflegebedürftigen berichtet. Hinzu kommen Verdachtsfälle in je 13 Prozent der stationären und ambulanten Einrichtungen (Wolf-Ostermann et al., 2020a, S. 18 f., 40 ff.). Im gleichen Zeitraum wurden in 19 Prozent der stationären und in 9 Prozent der ambulanten Einrichtungen bestätigte Infektionen unter Mitarbeitern festgestellt sowie zusätzlich Verdachtsfälle in 19 Prozent der stationären und in 18 Prozent der ambulanten Einrichtungen.

Werden die hochgerechneten Befragungsdaten in Relation zu den RKI-Daten für den 5. Mai gesetzt, zeigt sich, dass mehr als 60 Prozent aller Todesfälle bundesweit auf Bewohner von Pflegeheimen (49 Prozent) oder auf Klienten ambulanter Pflegedienste (12 Prozent) entfallen, wobei ihr Anteil an allen infizierten Personen nur insgesamt 8,5 Prozent (7,0 plus 1,5 Prozent) beträgt (Wolf-Ostermann & Rothgang, 2020, S. 2). Das Mortalitätsrisiko unter den Infizierten ist somit für die von Pflegeeinrichtungen betreuten Pflegebedürftigen siebenmal so hoch wie in der Gesamtbevölkerung.

Die Betroffenheit von Pflegebedürftigen und Pflegenden in der informellen Pflege ist nur schwerlich zu erfassen. Eine Online-Befragung von 1.296 informellen Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter zeigt, dass nur ein sehr geringer Anteil der Pflegebedürftigen (1,4 Prozent) und Pflegenden (0,6 Prozent) in Deutschland von einer Infektion mit SARS-CoV-2 betroffen war, sich gleichzeitig aber die Pflegesituation für den Großteil der informellen Pflegepersonen verschlechtert hat (Rothgang et al., 2020e, S. 30).

Der Anteil der verstorbenen Bewohner von Langzeitpflegeeinrichtungen macht auch international in etwa die Hälfte aller Verstorbenen aus.

Im internationalen Vergleich zeigen sich ähnliche Probleme bei der Erfassung der Betroffenheit von Pflegebedürftigen im stationären Setting wie in Deutschland: Zum einen fehlen in vielen Ländern aktuell noch offizielle Zahlen zur Betroffenheit Pflegebedürftiger im stationären Setting und zum anderen sind die vorliegenden Zahlen nur bedingt vergleichbar, da sich, so denn Zahlen vorliegen, die Erfassungsmethoden, aber auch die Strukturen der stationären Langzeitpflege unterscheiden (Comas-Herrera et al., 2020b, S. 2). Insoweit Daten vorliegen, liegt der Anteil der mit COVID-19 Verstorbenen an allen Pflegebedürftigen im Durchschnitt ähnlich hoch wie in Deutschland, wobei große Schwankungen zwischen den Ländern zu beobachten sind (WHO, 2020d, S. 2). So errechnen (Comas-Herrera et al., 2020b), basierend auf Daten aus 26 Ländern mit entsprechenden Angaben, unter den Verstorbenen einen durchschnittlichen Anteil an Heimbewohnern von 47 Prozent. Zu ähnlichen Werten kommt auch das ECDC Public Health Emergency Team et al. (2020), das Daten aus Belgien, Deutschland, England und Wales, Frankreich, Irland, den Niederlanden, Norwegen, Schweden und Spanien analysiert. Dabei fällt auf, dass vor allem in Ländern mit hohen Fallzahlen die Todesfälle unter Bewohnern in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen einen Anteil von rund 50 Prozent aller Todesfälle dieser Länder ausmachen

(Comas-Herrera et al., 2020b; WHO, 2020d, S. 2). Bezogen auf die Heimbewohnerpopulation sind die Unterschiede zwischen den untersuchten Nationen deutlich größer: Während in Neuseeland 0,04 Prozent der an COVID-19 erkrankten Bewohner von Langzeitpflegeeinrichtungen in Folge der Erkrankung verstarben, liegt der Anteil in Deutschland bei 0,4 Prozent und in Spanien, dem am stärksten betroffenen Land, bei 6,1 Prozent (Comas-Herrera et al., 2020b, S. 21). Ein Review internationaler Studien zur Ermittlung der Betroffenheit von Langzeitpflegeeinrichtungen beschreibt ebenso große Differenzen zwischen den Studienergebnissen. Demnach liegt der Anteil der infizierten Bewohner zwischen 0,4 Prozent und 40,8 Prozent und die Mortalitätsrate zwischen 0,0 Prozent und 17,1 Prozent, wobei auch hier die Methoden der einzelnen Studien teilweise stark differieren (Salcher-Konrad et al., 2020, S. 6 ff.). Zudem müssen neben der Methodik zur Erfassung der Daten auch die Infektionsraten der Länder sowie deren Altersstruktur berücksichtigt werden. In Einrichtungen, die von einem Ausbruch betroffen sind, liegen die kumulierten Inzidenzraten der Pflegekräfte im Zeitraum des Ausbruchs in fast allen untersuchten Studien unter zehn Prozent (Salcher-Konrad et al., 2020, S. 6). Insgesamt zeigt sich, dass ein Ausbruch von COVID-19 in einer Einrichtung bei mehr als einem Drittel der Bewohner zu einer Infektion und für knapp ein Fünftel der Bewohner zum Tod führen kann (Salcher-Konrad et al., 2020, S. 12). Gleichzeitig stellt sich eine Eindämmung der Übertragung in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen als sehr schwierig dar (WHO, 2020d, S. 2).

International sind die Erkenntnisse bezüglich der Betroffenheit von Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege sehr limitiert (Comas-Herrera et al., 2020b, S. 2; WHO, 2020d, S. 2). So weist ein Bericht vom 19. Mai 2020 von Dawson et al. (2020), der die internationale Situation in der ambulanten Pflege thematisiert, offizielle Daten zur Mortalität lediglich für zwei Länder (Australien und England) aus. Auch empirische Studien, die sich mit dem Einfluss von COVID-19 auf Pflegebedürftige im ambulanten Setting beschäftigen, sind weltweit rar. Das Review von Salcher-Konrad et al. (2020, S. 9) weist auf lediglich drei Studien in diesem Kontext hin. Darin werden nur sehr geringe Inzidenzen von unter einem Prozent berichtet. Die Letalität, die den Anteil der Verstorbenen an einer Erkrankung in Relation zu den Infizierten dieser Erkrankung beschreibt, liegt für Pflegebedürftige im ambulanten Setting in den angeführten Studien zwischen 4,5 Prozent und 44,1 Prozent.

1.1.4 Umgang mit der Pandemie

Im Umgang mit der Pandemie spielen neben den gesetzlichen Vorgaben Empfehlungen des RKI (2020c, 2020e) sowie die S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP, 2020) eine wichtige Rolle. Die Empfehlungen des RKI umfassen für stationäre Einrichtungen neben Hinweisen zu Hygienemaßnahmen und zu Abwesenheitsregeln auch die Umsetzung eines klinischen Monitorings der Bewohner und die Erfassung von Krankheitsfällen unter Mitarbeitern und Besuchern (RKI, 2020e). Für ambulante Pflegedienste wird vor allem das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes sowie der richtige Umgang bei Auftreten von Erkältungssymptomen inklusive der Information des direkten Umfelds empfohlen (RKI, 2020c). In der S1-Leitlinie der DGP wird der Schwerpunkt auf die Vereinbarkeit von Maßnahmen für den größtmöglichen Infektionsschutz und den Erhalt sowie die Förderung von Lebensqualität und sozialer Teilhabe gelegt (DGP, 2020, S. 7).

Empfehlungen des RKI werden in der Langzeitpflege weitestgehend umgesetzt.

Im Rahmen der bereits zitierten deutschlandweiten vom 28. April bis zum 12. Mai in (teil-)stationären und ambulanten Einrichtungen durchgeführten Online-Befragung wurden unter anderem der Umgang mit der Pandemie und die Auswirkungen auf Pflegeeinrichtungen untersucht (Wolf-Ostermann et al., 2020a). Die Ergebnisse zeigen, dass die Empfehlungen des RKI zu Abwesenheitsregelungen und klinischem Monitoring in einem Großteil der stationären Einrichtungen (Rothgang et al., 2020a) und in einem etwas geringeren Maße von ambulanten Einrichtungen (Wolf-Ostermann et al., 2020b) umgesetzt werden. Zudem werden im stationären Setting sowohl interne als auch externe Kontakte, zum Beispiel Besucher, ehrenamtliche Mitarbeiter oder externe Dienstleister und -leistungserbringer, stark eingeschränkt (Wolf-Ostermann et al., 2020a, S. 47 f., 56 f.).

Aus der Umsetzung der Maßnahmen resultieren für die Einrichtungen ökonomische Folgen. Es zeigt sich vor allem in stärker betroffenen stationären, aber auch in ambulanten Einrichtungen ein teilweise existenziell bedrohlicher Personalausfall (Wolf-Ostermann et al., 2020a, S. 56, 60). Hinzu kommen Mehraufwände im Alltag der Pflegekräfte, beispielsweise durch zusätzliche Hygienemaßnahmen von rund 60 Minuten pro Pflegekraft pro Schicht in der stationären und 40 Minuten pro Pflegekraft pro Schicht in der ambulanten Versorgung (Wolf-Ostermann et al., 2020a, S. 22, 44). Sowohl ambulante als auch stationäre Einrichtungen mussten Aufnahmestopps aussprechen beziehungsweise Bereiche schließen (Wolf-Ostermann et al., 2020a, S. 23, 48). In ambulanten

Pflegediensten konnte zudem eine Abnahme der Inanspruchnahme in allen Leistungsbe-
reichen (SGB XI, SGB V, Betreuungsleistungen, hauswirtschaftliche Leistungen, Service-
leistungen und Beratungsleistungen) zwischen 35 und 65 Prozent festgestellt werden,
die sich bei einer Befragung der Pflegepersonen bestätigt (Rothgang et al., 2020e). Zu
einem Anstieg der Inanspruchnahme kam es nur in 11 bis 19 Prozent der befragten Ein-
richtungen. Etwa die Hälfte der Einrichtungen rechnet aufgrunddessen mit Umsatzver-
lusten (Wolf-Ostermann et al., 2020a, S. 44).

Comas-Herrera et al. (2020a, S. 4) haben international angewendete Maßnahmen zur
Prävention und zum Management von SARS-CoV-2-Infektionen in Pflegeheimen identi-
fiziert. Dort wird zwischen Maßnahmen zur Unterstützung von Pflegeheimen in der Vor-
bereitung für einen Ausbruch, Maßnahmen zur Prävention eines Ausbruchs in
Einrichtungen, Maßnahmen zur Kontrolle und zum Management eines Ausbruchs und
Maßnahmen zur Unterstützung des Wohlbefindens der Bewohner unterschieden.
Zusammenfassend werden dort auf nationaler beziehungsweise regionaler Ebene der
Ausbau von Informationssystemen zum Ausbruchsgeschehen sowie von Richtlinien für
Pflegekräfte und die Abstimmung von Zuständigkeiten sowie Maßnahmen zur Reduzie-
rung der Auslastung beschrieben. Präventive Maßnahmen zur Verhinderung eines Aus-
bruchsgeschehens umfassen vor allem Zugangsbeschränkungen und Maßnahmen, die
eine Übertragung von Mitarbeitern beziehungsweise neuen und zurückkehrenden
Bewohnern verhindern. Maßnahmen zur Kontrolle eines Ausbruchs umfassen, neben der
Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung wie zu palliativer Versorgung und
dem Einsatz von Armee und Rettungsdienst, auch Maßnahmen zur Aufrechterhaltung
der Verfügbarkeit und des Wohlbefindens des Personals. Maßnahmen zur Unterstützung
des Wohlbefindens der Bewohner umfassen vor allem Ansätze zur Reduktion der Ein-
samkeit beispielsweise durch den Einsatz digitaler Kommunikationsmöglichkeiten
(Comas-Herrera et al., 2020a, S. 4–7).

In einer Publikation von Lorenz-Dant (2020) werden Maßnahmen zur Unterstützung von
informell Pflegenden international verglichen. Zu den am häufigsten umgesetzten Maß-
nahmen zählen dort die Unterstützung durch virtuelle Interventionen, das Bereitstellen
von Informations- und Beratungsmaterial sowie die finanzielle Unterstützung der infor-
mell Pflegenden (Lorenz-Dant, 2020, S. 7).

1.1.5 Auswirkungen auf Pflegebedürftige und Pflegendе

Neben der beschriebenen Betroffenheit im Sinne von Morbidität und Mortalität kommt es zu weiteren großen Veränderungen und Einschränkungen in der Langzeitpflege für Pflegebedürftige und Pflegendе. Diese werden nachfolgend differenziert nach Sektoren aufgeführt.

Der stationäre Sektor ist primär von der Arbeitsverdichtung im Zuge der Umsetzung von Maßnahmen betroffen. Dadurch erhöht sich die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte und verschärft somit eine bereits prekäre Lage (Schmucker, 2020). Damit geht eine Gefährdung der Versorgung der Bewohner einher. Hinzu kommt für Bewohner stationärer Einrichtungen eine soziale Isolation, die nicht nur aus Kontaktbeschränkungen innerhalb der Einrichtungen zu Bewohnern und Mitarbeitern, sondern auch aus Zugangsbeschränkungen für An- und Zugehörige sowie ehrenamtliche Mitarbeiter resultiert. Diese Isolation kann zu einer erhöhten Sterblichkeit der Bewohner führen (Seidler et al., 2020, S. 6). In internationalen Studien wird ebenfalls auf eine Übersterblichkeit von Bewohnern stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen verwiesen, auch wenn diese nicht an COVID-19 erkrankt sind. Neben Isolation können auch andere indirekte Effekte wie ein eingeschränkter Zugang zur medizinischen Versorgung die Mortalität von Heimbewohnern negativ beeinflussen (Salcher-Konrad et al., 2020, S. 12).

Auch bei häuslich-formeller Pflege zeigt sich, dass die Versorgung von Klienten gefährdet oder instabil ist beziehungsweise nicht sichergestellt werden kann. Dies resultiert nicht nur aus dem Personalausfall in ambulanten Pflegediensten, sondern ebenso aus dem Wegfall von sogenannten Live-ins (in den Haushalten lebende Betreuungskräfte) und einer reduzierten Versorgung durch teilstationäre Angebote (Wolf-Ostermann et al., 2020a, S. 61). Für Pflegekräfte im ambulanten und stationären Sektor kann das erhöhte Infektionsrisiko vor allem für Personen, die zur Risikogruppe für schwerwiegende Krankheitsverläufe zählen, eine zusätzliche psychische Belastung sein.

Soziale Isolation ist für
Pflegebedürftige sowohl
im stationären als auch
im ambulanten Sektor
eine große Belastung.

In Hinblick auf die informelle Pflege zeigt sich trotz der geringen direkten Betroffenheit eine enorme Belastung von Pflegepersonen und Pflegebedürftigen. Dabei spielen auf Seiten der Pflegepersonen die Sorge vor einer Infektion, das Gefühl einer fehlenden beziehungsweise nicht ausreichenden Berücksichtigung in Hinblick auf die Umsetzung

der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie und eine Überforderung durch Probleme bei der Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie eine Rolle. In der Konsequenz beschreiben Pflegepersonen einen reduzierten Gesundheitszustand sowie sinkende Lebensqualität (Rothgang et al., 2020e, S. 47 ff.). Ähnliche Belastungen beschreiben auch Eggert et al. (2020, S. 19–24). International werden für Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege vor allem die Isolation und die damit einhergehende Abhängigkeit von Familie und Nachbarn als belastend beschrieben. Zudem wird ein steigender Pflegebedarf bei Diskontinuitäten in der Versorgung beobachtet (WHO, 2020d, S. 3).

1.1.6 Schlussfolgerungen für den Umgang mit weiteren Pandemiewellen

Zusammenfassend zeigen sich unterschiedliche Schwerpunkte der Betroffenheit je nach Sektoren beziehungsweise Versorgungssetting: Während in der stationären Versorgung für Bewohner und Mitarbeiter vor allem eine direkte Gefahr durch eine Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus und deren Folgen besteht, sind Pflegebedürftige in häuslicher Pflege durch den Wegfall professioneller Versorgungsangebote in ihrer Versorgungssicherheit gefährdet. In der informellen Versorgung zeichnet sich vor allem eine psychische Belastung der An- und Zugehörigen ab, die zu deren Überforderung und damit langfristig zu Problemen in der Versorgung führen kann. Die weitere Strategie zum Umgang mit der Pandemie muss daher verschiedene Settings mit je unterschiedlichen Problemlagen berücksichtigen. Während der Fokus bisher vor allem auf der stationären Versorgung und dort primär auf Präventionsmaßnahmen zur Eindämmung der Pandemie lag, sollte zukünftig auch die häusliche Versorgung berücksichtigt werden. Hierbei ist vor allem auf Entlastung der Pflegenden (formell wie informell) abzielen.

setting- und problemlagenspezifische Strategien für den weiteren Verlauf der Pandemie

Wie Lorenz-Dant (2020, S. 7 f.) zeigt, liegen international weitreichende Erfahrungen zu Maßnahmen zur Unterstützung informell Pflegenden vor, die in einigen Ländern bereits umgesetzt wurden. In der ambulanten formellen Pflege sollten Maßnahmen zur Verringerung des Risikos von Versorgungslücken umgesetzt werden. Im stationären Sektor zeigt sich angesichts der Fallzahlen zurzeit zwar eine temporäre Entspannung der Lage, die allerdings prekär anmutet. Bei in näherer Zukunft womöglich wieder steigenden Infektionszahlen in Deutschland muss eine Balance gefunden werden, die durch

geeignete Hygienemaßnahmen die Infektionszahlen im Heim begrenzt, gleichzeitig aber auch die psychosozialen Folgen von Kontaktsperren im Auge hat. Eine entscheidende Rolle spielt dabei die Teststrategie. Neu einziehende Bewohner und Krankenhausrückkehrer sollten regelmäßig getestet werden, und mittels des klinischen Monitorings entdeckte Verdachtsfälle müssen isoliert werden – auch schon, bevor das Testergebnis vorliegt. Eine entscheidende Verbesserung, die die Routinetesting aller Mitarbeiter und Besucher ermöglichen würde, wären Schnelltests (Antigentests), sollten diese in den nächsten Monaten zugelassen werden. Zur besseren Nachvollziehbarkeit der quantitativen Betroffenheit, zur gezielten Anwendung von Maßnahmen und zur weiteren Erforschung hinsichtlich der Wirksamkeit von Maßnahmen ist zudem eine standardisierte Erhebung von Fallzahlen und Todesfällen unter Pflegebedürftigen und Mitarbeitern der Langzeitpflege anzustreben.

1.2 Personalbemessung in der Langzeitpflege

Wie gezeigt wurde, sind die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie für Pflegekräfte in der Langzeitpflege umfassend und führen zu erheblichen Belastungen im Arbeitsalltag. Dass die Arbeit von Pflegekräften bereits vor dem Ausbruch der Pandemie von besonderen psychischen wie physischen Belastungen gekennzeichnet war, ist bekannt (Hömann et al., 2016). Dies führte schon vor der Pandemie zu Überlastungen sowie Unzufriedenheit bei Pflegekräften in der Altenpflege und daraus resultierend zu dem Bestreben, den Beruf zu wechseln (DBfK, 2009, S. 11). Hinzu kommt, dass die Bruttogehälter in der Altenpflege – für Fach- ebenso wie für Assistenzkräfte – um monatlich mehr als 500 Euro niedriger liegen als im Krankenhaus (BA, 2020b, S. 7). Diese Faktoren und die geringen Entwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeiten in der Altenpflege (Szepan & Wagner, 2018, S. 35) verringern gleichzeitig die Attraktivität des Berufs für junge Menschen bei der Berufswahl.

In Hinblick auf den bereits bestehenden Fachkräftemangel in der Pflege und den demografischen Wandel wurden bereits erste Bemühungen zur Verbesserung der Lage von Pflegekräften in der Langzeitpflege unternommen. Während das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) und die drei Pflegestärkungsgesetze (PSG I-III) primär die Leistungen

für Pflegebedürftige ausgeweitet haben, zielen die Ausbildungsreformen im Zuge des Pflegeberufgesetzes (PflBG) sowie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe (PfiAPrV) auf eine Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs ab. Das am 9. November 2018 verabschiedete Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) hat dann die Einstellung von bis zu 13.000 zusätzlichen Fachkraftstellen zulasten der Krankenversicherung ermöglicht und die Refinanzierungsmöglichkeit für Investitionen in die Digitalisierung eröffnet (BMG, 2020f). Allerdings war die Schaffung der zusätzlichen Stellen in vielerlei Hinsicht problematisch (Rothgang, 2018) und bis Mitte Juli 2019 wurden von den Einrichtungsträgern nur 2.800 Anträge auf Förderung von zusätzlichem Pflegepersonal nach PpSG gestellt und lediglich 300 dieser Anträge wurden tatsächlich bewilligt (BT, 2019, S. 3). Einen maßgeblichen Beitrag soll die „Konzertierte Aktion Pflege“ (KAP) leisten, die von der Bundesministerin für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesminister für Arbeit und Soziales und dem Bundesminister für Gesundheit ins Leben gerufen wurde und die auf „mehr Ausbildung, mehr Personal, mehr Geld“ abzielt (BMG, 2019a). Zentral ist eine Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs durch Entlastung der Pflegekräfte und Stärkung der Pflegeausbildung. Im Rahmen der KAP wurden fünf Arbeitsgruppen gebildet:

- Arbeitsgruppe 1: Ausbildung und Qualifizierung,
- Arbeitsgruppe 2: Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung,
- Arbeitsgruppe 3: innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung,
- Arbeitsgruppe 4: Pflegekräfte aus dem Ausland,
- Arbeitsgruppe 5: Entlohnungsbedingungen in der Pflege (BMG, 2019a).

Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurden im Juni 2019 veröffentlicht und umfassen die Vereinbarungen zur Umsetzung der Vorhaben. Eine zentrale Maßnahme der Konzertierten Aktion Pflege stellt dabei die verbindliche Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens nach § 113c SGB XI dar (BMG, 2019b, S. 44). Nachfolgend wird kurz auf die Konzeption des Projekts „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)“ (Kapitel 1.2.1), seine Ergebnisse (Kapitel 1.2.2) und die sich daraus ergebenden

Schlussfolgerungen (Kapitel 1.2.3) eingegangen. Die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens kann nämlich einen entscheidenden Beitrag zur Reduktion der Belastung von Pflegekräften liefern.

1.2.1 Entwicklung des Personalbemessungsverfahrens

Abschlussbericht
des Projekts PeBeM
wurde im September
veröffentlicht

Nach der Vorgabe des Gesetzgebers war ein strukturiertes, empirisch abgesichertes und valides Verfahren für die Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen auf der Basis des durchschnittlichen Versorgungsaufwands für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung unter Berücksichtigung der fachlichen Ziele und Konzeption des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu entwickeln. Hierzu waren einheitliche Maßstäbe zu ermitteln, die insbesondere Qualifikationsanforderungen, quantitative Bedarfe und die fachliche Angemessenheit der Maßnahmen berücksichtigen. Der europaweit ausgeschriebene Auftrag für die Entwicklung und Erprobung wurde an die Universität Bremen vergeben. Nachdem im Februar 2020 der zweite Zwischenbericht des Projekts, der bereits die zentralen Ergebnisse enthält, von den Auftraggebern veröffentlicht wurde (Rothgang et al., 2020b), wurde der Abschlussbericht am 23. September veröffentlicht (Rothgang et al., 2020c).

Zur Bestimmung fachlich angemessener Personalmengen und -strukturen im vollstationären Sektor war ein analytischer Zugang zwingend, bei dem festgelegt wird, welche Pflegepersonalmengen in welchem Qualifikationsmix für eine fachgerechte Leistungserbringung notwendig sind. Um derartige Soll-Zahlen zu ermitteln, wurden die drei Dimensionen der Leistungserbringung – (1) die fachlich angemessene Zahl der Interventionen pro pflegebedürftiger Person, (2) die fachlich angemessene Zeit pro Interventionserbringung für den entsprechenden Bewohner beziehungsweise die entsprechende Bewohnerin und (3) das fachlich angemessene Qualifikationsniveau der leistungserbringenden Person für diese Intervention – analytisch unterschieden. Die Projektkonzeption sah dabei vor, jeweils interventionsbezogen das Ist zu messen und simultan zu prüfen, inwieweit für eine fachlich angemessene Versorgung auf Grundlage des Pflegeverständnisses des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hierbei Zu- oder Abschläge (bei Mengen, Zeit und/oder Qualifikationsniveau) notwendig sind. Diese Zu- und Abschläge wurden dazu verwendet, durch Addition auf die gemessenen Ist-Werte die Soll-Werte einer fachlich

angemessenen Versorgung zu konstruieren. Für jede dieser Interventionen wurden dazu fachlich gesetzte Teilschritte und Anforderungen sowie Qualifikationsanforderungen festgelegt, bei denen für jeden Heimbewohner eine Individualisierung in Abhängigkeit von der im Rahmen des Begutachtungsinstruments abgebildeten Art und dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit erfolgte. Je nach individuellem Begutachtungsergebnis wurden also für jeden Heimbewohner entsprechend differenzierte Notwendigkeiten einer fachgerechten Leistungserbringung definiert.

Die Datenerhebung erfolgte durch 241 speziell auf die konsentierten Erhebungsinstrumente geschulte Pflegefachpersonen, die je zur Hälfte von Einrichtungsträgern und den Prüfdiensten vermittelt worden waren, in einer „Beschattung“, also einer Eins-zu-eins-Zuordnung zwischen den leistungserbringenden Pflegekräften der Einrichtungen und den Datenerhebenden. Von April bis Oktober 2018 wurden Datenerfassungen in insgesamt 62 vollstationären Erhebungseinheiten und sieben teilstationären Einrichtungen unter der Beteiligung von insgesamt 1.380 Bewohnern und 163 Tagespflegegästen durchgeführt.

Datenerhebung
durch 241 geschulte
Pflegefachpersonen
in 62 vollstationären
Erhebungseinheiten
mit 1.380 Bewohnern

Ein wesentlicher Aspekt bei der Entwicklung der Soll-Werte war die vom Gesetzgeber gewünschte Berücksichtigung der fachlichen Ziele und Konzeption des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, um die Umsetzung in der Praxis weiter zu befördern. Ein zusätzlicher Schwerpunkt der Datenerhebung wurde deshalb auf die doppelte Betrachtung von Interaktionsarbeit gelegt. Einerseits wurden die Teile der Interaktionsarbeit, die innerhalb der direkten Pflegeinterventionen regelmäßig fachlich notwendiger Teil der Leistungserbringung sind, in die Formulierung der interventionsspezifischen Teilschritte und Anforderungen aufgenommen. Von den Datenerhebenden konnte also bei jeder Leistungserbringung die Bedarfsgerechtigkeit der Interaktionsarbeit mitbewertet werden. Andererseits wurde als eigener Studienteil eine Beobachtungs- und Interviewstudie durchgeführt, in der alle Aspekte der Interaktionsarbeit – somit auch die in Interventionen nicht zu beobachtenden Teile wie Selbstreflexion und Bewältigung – erforscht wurden. Damit wurde dem Gesetzgeber gefolgt, der klargestellt hat, dass es nicht das Ziel ist, die Leistungserbringung unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen fortzuschreiben, sondern dass das Personalbemessungsverfahren bereits fachliche Entwicklungen in der Pflege berücksichtigen soll, die in der gegenwärtigen Praxis noch nicht umfassend gelebt werden (können). Dieser Ansatz führt dazu, dass ein deutlich höherer Personalbedarf ermittelt wird, als es

neues Personal-
bemessungsverfahren
beschreibt „Pflege der
Zukunft“

bei einer klassischen Aufwandsstudie der Fall wäre. Denn mit dem Personalbemessungsverfahren wird zugleich die „Pflege der Zukunft“ beschrieben. Dennoch ist zu berücksichtigen, dass die Aufwandserfassung in der gegenwärtigen Praxis erfolgt und ihre Fortschreibung in die Zukunft auch die Fortschreibung bestehender Organisationsstrukturen und gegebenenfalls bestehender Ineffizienzen in der indirekten Pflege impliziert. Diese beiden Aspekte sollten als Kernpunkte bei der Konzeption und Umsetzung einer modellhaften Einführung berücksichtigt werden, so dass im Rahmen der modellhaften Einführung sichergestellt werden kann, dass die mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff initiierte fachliche Entwicklung fortschreitet und eine hierauf bezogene Arbeits- und Organisationsentwicklung so stattfindet, dass bestehende Ineffizienzen in der Versorgung, in den betrieblichen Abläufen und beim Personaleinsatz reduziert werden.

Als Ergebnis wurde ein Personalbemessungsinstrument vorgelegt und zur Einführung empfohlen.

Als Ergebnis des Projekts wurde für den vollstationären Sektor ein Personalbemessungsinstrument vorgelegt und zur Einführung empfohlen, mit dem die fachlich angemessene Personalmenge für die nach Pflegegraden differenzierte Bewohnerschaft einer Einrichtung nach Qualifikationsniveaus differenziert ausgewiesen wird. Die Berechnung erfolgt unter Einsatz eines als Algorithmus 1.0 bezeichneten mathematischen Modells, dessen Parametrisierung auf Basis der empirisch erhobenen fachgerechten Soll-Werte erfolgt ist.

1.2.2 Zentrale Ergebnisse des Projekts PeBeM

Die Ergebnisse zeigen – im Verhältnis zur heutigen Personalausstattung der Pflegeeinrichtungen – durchgehend erhebliche Pflegepersonalmehrbedarfe. Da der Personalbedarf und auch der bedarfsgerechte Fachkräfteanteil mit den Pflegegraden steigen, sind diese Personalmehrbedarfe dabei einrichtungsindividuell abhängig vom Bewohnermix und der Ausgangspersonalausstattung. Die bisher für alle Einrichtungen geltende einheitliche Fachkraftquote wird somit durch einrichtungsindividuelle Personalmengen und -mixe ersetzt. Nach Qualifikationsniveaus differenziert entstehen hier sehr unterschiedliche Effekte: Während sich für Fachkräfte ein nur geringer durchschnittlicher Personalmehrbedarf zeigt, ist dieser für Assistenzkräfte erheblich. Die stärksten Effekte zeigen sich dabei für die Pflegekräfte mit ein- oder zweijährigen Ausbildungen nach Landesrecht.

Für eine Einrichtung mit 100 Bewohnern und einer Pflegegradverteilung, wie sie in der Pflegestatistik für Dezember 2017 ermittelt wurde, ergeben sich folgende zentrale quantitative Effekte:

- Wird derzeit – unabhängig von der Pflegegradstruktur der Bewohnerschaft – ordnungsrechtlich ein Fachkraftanteil von 50 Prozent gefordert, steigt dieser Anteilswert im einheitlichen Bemessungsverfahren pflegegradbezogen von knapp 20 Prozent im Pflegegrad 2 bis zu 65 Prozent im Pflegegrad 5 an.
- Bezogen auf die derzeitige bundesdurchschnittliche Personalausstattung gemäß den landesspezifischen Pflegepersonalschlüsseln liegt der Pflegepersonalmehrbedarf bei 69 Prozent für die Assistenzkräfte und bei 3,5 Prozent für die Fachkräfte. Der Fachkraftanteil variiert für jede Einrichtung individuell gemäß ihrer Bewohnerschaft, sinkt für eine Einrichtung mit bundesdurchschnittlichem Pflegegradmix aber auf 38 Prozent. Dies darf allerdings nicht mit einer Absenkung der Fachkräftezahl verwechselt werden, die vielmehr ebenfalls im Vergleich zum Status quo ansteigt – wenn auch nur leicht.

Der Personalmehrbedarf liegt bei 69 % für Assistenzkräfte und 3,5 % für Fachkräfte.

1.2.3 Handlungsempfehlungen aus PeBeM und Umsetzung

In ihren Beschlüssen hat sich die Konzertierte Aktion Pflege darauf verständigt, die Einführung des Personalbemessungsverfahrens „in geeigneten Schritten gemeinsam zügig anzugehen“ (BMG, 2019b, S. 45). Hierzu finden sich im Abschlussbericht des Projekts zur Entwicklung und Erprobung des Personalbemessungsverfahrens entsprechende Empfehlungen (Rothgang et al., 2020c). Vorgeschlagen werden zwei parallele Strategien: zum einen eine stufenweise, sich über mehrere Jahre streckende flächendeckende Anhebung der Personalschlüssel insbesondere für Assistenzkräfte bis auf das im Algorithmus 1.0 abgebildete Niveau, die – über die Beschlüsse der KAP hinaus – mit einer Aus- und Weiterbildungsoffensive für Assistenzkräfte begleitet werden muss, und zum anderen die modellhafte Einführung des Algorithmus 1.0 (oder eines geringfügig abgesenkten Niveaus) unter Realbedingungen in 20 bis 30 Einrichtungen, die von einer Organisations- und Personalentwicklung begleitet wird, um die durch die Personalmehrung ermöglichte Entlastung der Pflegepersonen und die Qualitätssteigerung für Pflegebedürftige zu optimieren. Der zweite Schritt ist notwendig, da eine Personalmehrung allein nicht die

Empfehlung von stufenweiser Anhebung der Personalschlüssel sowie einer modellhaften Einführung des Algorithmus 1.0

erwünschten Effekte erreichen wird, wenn die dem Algorithmus 1.0 zugrunde liegende kompetenzorientierte Pflege nicht aktiv eingeübt wird. Ziel der modellhaften Einführung ist es, gleichzeitig ein Konzept dafür zu entwickeln, die gewonnenen Erkenntnisse in die Fläche zu bringen (Rothgang et al., 2020c, S. 416–423).

Im Gesetzentwurf eines Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetzes vom 25. September 2020 wird die erstgenannte Strategie aufgegriffen, und „als erster Schritt in Richtung eines verbindlichen Personalbemessungsinstruments für Pflegeeinrichtungen“ wird die zusätzliche Finanzierung von bis zu 20.000 Stellen für Pflegehilfskräfte in der Altenpflege durch einen Vergütungszuschlag ermöglicht (BMG, 2020e, S. 3). In Übereinstimmung mit den Empfehlungen des PeBeM-Projekts wird damit zunächst auf einen Stellenausbau bei Assistenzkräften abgestellt, das Ausmaß der Zusatzstellen in Abhängigkeit von der Pflegegradstruktur der Einrichtungen und die Personalmehrung wird zunächst als Kann-Regelung ausgestaltet.

Bemerkenswert ist dabei, dass zum wiederholten Male zusätzliche Personalkosten außerhalb der Pflegesätze refinanziert werden sollen, um so die Eigenanteile der Pflegebedürftigen nicht zu erhöhen. Durch ähnliche, eigenanteilschonende Maßnahmen wurde bereits im Zuge des PSG I beziehungsweise des PpSG die Finanzierung von zusätzlichen Betreuungskräften sowie zusätzlichen Fachkräften für die stationäre Langzeitpflege ermöglicht. Das Ziel der Vermeidung eines weiteren Eigenanteilsanstiegs ist in Anbetracht der sehr hohen und seit Jahren steigenden Eigenanteile der Pflegebedürftigen (Rothgang et al., 2019b, S. 161 ff.) zweifelsohne sinnvoll. Fraglich ist allerdings, ob eine solche Umwegfinanzierung zur Schonung der Eigenanteile dauerhaft als Lösung zu betrachten ist. Als Alternativen sind hier das Einfrieren der Eigenanteile, die Erhöhung der Leistungssätze und – in Bezug auf eine langfristige und systematische Lösung – ein Sockel-Spitze-Tausch zu diskutieren (Rothgang, 2020; Rothgang et al., 2019a, 2020d).

Anpassung der Ländergesetze notwendig

Nicht thematisiert sind im Gesetzentwurf die ordnungsrechtlichen Probleme: Ein Anstieg der Zahl der Assistenzkräfte bei konstanter Fachkräftezahl führt nämlich – ceteris paribus – zu einer Reduktion der Fachkraftquote, die regelmäßig in Konflikt zu den Wohn- und Betreuungsgesetzen der Länder steht. Notwendig ist daher eine entsprechende

Anpassung der Ländergesetze oder eine entsprechende Interpretation dieser Regelungen, die allerdings nicht vom Bundesgesetzgeber vorgenommen werden kann.

Ebenfalls nicht angesprochen sind im Gesetzentwurf die weiteren Umsetzungsschritte und der zugrunde liegende Zeitplan. Nur eine verbindliche Einführungsstrategie bietet nämlich eine sichere Perspektive, die den Pflegeberuf attraktiver erscheinen lässt und so einen Schub in die Pflege auslösen kann. Zudem stellt das Personalbemessungsverfahren, das die notwendige Personalmenge in Abhängigkeit von der Bewohnerstruktur bestimmt und dabei eine kompetenzorientierte Pflege unterstellt, hohe Anforderungen an die Einrichtungen, die diese nur mittels eines Prozesses der Organisationsentwicklung bewältigen können. Hierzu müssen Hilfestellungen gegeben werden, die ebenfalls entwickelt und auf den Weg gebracht werden müssen. Diese im Abschlussbericht des PeBeM-Projekts empfohlene zweite Strategie ist im Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz nicht thematisiert, für eine erfolgreiche Implementation des Personalbemessungsverfahrens aber notwendig.

Ein verbindlicher Zeitplan
für die Einführung fehlt
bisläng.

Kapitel 2

Pflege im Spiegel der Statistik

2 Pflege im Spiegel der Statistik

Eine Gesundheitsberichterstattung zum Thema „Pflegebedürftigkeit“ muss insbesondere Auskunft geben über die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen (Kapitel 2.1), die Leistungserbringung und die zugrunde liegenden Versorgungsstrukturen (Kapitel 2.2) sowie die Finanzierung der Leistungen (Kapitel 2.3). Dabei wird in diesem Report so weit wie möglich eine Differenzierung nach Bundesländern vorgenommen. Die Datengrundlagen in diesem Report sind primär die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes, die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlichten Ergebnisse der Kassenstatistik, die Begutachtungsstatistik des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), die Berichterstattung des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV), die Begutachtungsstatistik des Unternehmens MEDICPROOF sowie die Routinedaten der BARMER (BARMER-Daten).

Die Pflegestatistik wird zweijährlich im Dezember erhoben und bezieht sich auf das gesamte Versorgungssystem in Deutschland. Dies beinhaltet regional differenzierbare Informationen über die Pflegebedürftigen und die Versorgungsangebote. Die Kassenstatistik wird zwar jährlich erhoben, ist in der Regel aktueller und umfasst auch Informationen zum Finanzierungsaufwand. Sie bezieht sich aber nur auf die Versorgung der Versicherten der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und lässt sich nicht regional differenzieren. Die Begutachtungsstatistik des MDS wird ebenfalls jährlich erhoben und liefert Informationen darüber, wie viele Personen mit welchem Pflegegrad begutachtet wurden. Auch diese Statistik bezieht sich nur auf die Versicherten der SPV und lässt sich nicht regional differenzieren. Berichterstattungen über die Begutachtung und Versorgung von Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) sowie des entsprechenden Finanzierungsaufwands erfolgen ebenfalls jährlich, sind aber nicht so detailliert wie die Pflegestatistik und erscheinen in aller Regel verzögert. Auch in der PPV-Statistik ist eine regionale Differenzierung nicht möglich. Die BARMER-Daten können im Gegensatz zu den anderen Datenquellen Verläufe und zudem gleichzeitige Inanspruchnahmen verschiedener Leistungen abbilden. Allerdings handelt es sich dabei um die Daten einer selektiven Population. Um über den Versichertenkreis der BARMER hinausreichende Ergebnisse zu erzielen, werden die Ergebnisse der BARMER-Daten nach Alter, Geschlecht

und Bundesland der Versicherten auf die Bevölkerung in Deutschland hochgerechnet. Zu den einzelnen dargestellten Aspekten werden die jeweils geeignetsten Daten verwendet.

2.1 Pflegebedürftige

Dieses Kapitel gliedert sich in die Beschreibung, wie viele Personen pflegebedürftig sind (Fallzahl und Prävalenz), wie viele pflegebedürftig werden (Fallzahl und Inzidenz) und wie viele die Pflegebedürftigkeit – meist durch den Tod – beenden. Zur Darstellung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen werden die Pflegestatistik und die BARMER-Daten verwendet. Die Pflegestatistik ist eine Vollerhebung, und die BARMER-Daten ermöglichen es, aktuellere Entwicklungen aufzuzeigen (Kapitel 2.1.1). Die Prävalenzen, also die Anteile der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung, werden anhand der Pflegestatistik und der Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamtes dargestellt (Kapitel 2.1.2). Informationsgrundlagen für die Zahl der Begutachtungen sind die MDK-Statistiken und die Statistiken von MEDICPROOF (Kapitel 2.1.3). Die Inzidenzen, also die Wahrscheinlichkeit des Pflegeeintritts (Kapitel 2.1.4), wie auch die Beendigung der Pflegebedürftigkeit (Kapitel 2.1.5) werden anhand der BARMER-Daten abgebildet. Abschließend werden die Ergebnisse zu den Pflegebedürftigen kurz zusammengefasst (Kapitel 2.1.6).

2.1.1 Anzahl der Pflegebedürftigen

Die Erfassung der Pflegebedürftigkeit durch die hier verwendeten Daten ist rein sozialrechtlich zu sehen. Die jetzt schon seit Jahrzehnten erhobenen amtlichen Statistiken (Pflegestatistik und Kassenstatistik) erfassen die Pflegebedürftigen, die einen Pflegegrad (vormals Pflegestufe) haben oder Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Es geht hier also um die Erfassung von Leistungsberechtigten, für die eine positive Begutachtung erfolgt oder beantragt ist. Personen, die keinen Antrag zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit gestellt haben, aber in gleicher Weise körperlich oder geistig eingeschränkt sind wie anerkannte Pflegebedürftige, können hier nicht mitgezählt werden.

Die Art und das Ausmaß der Hilfebedürftigkeit, die notwendig sind, um einen Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung zu erlangen, haben sich mit den letzten

Als Pflegebedürftige gelten hier Personen mit einem Anspruch auf Pflegegeld.

Pflegereformen geändert (Rothgang & Müller, 2019, S. 25). Zunächst galten nur verrichtungsbezogene Einschränkungen als Begründung für eine Einstufung in die Pflegebedürftigkeit und nur diese Personen hatten einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Ab dem Jahr 2008 konnten auch Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) Betreuungsleistungen bekommen – auch wenn sie noch nicht als pflegebedürftig galten (Pflegestufe 0). Ab dem Jahr 2013 konnten PEA mit Pflegestufe 0 auch Pflegegeld und Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen. Mit diesem Leistungsanspruch sind die PEA mit Pflegestufe 0 auch in der Pflegestatistik aufgeführt. Seit 2017 gilt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der sowohl körperliche als auch geistige Einschränkungen berücksichtigt. Für die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 besteht aber kein Anspruch auf Pflegegeld. Um über die Zeit eine gewisse Vergleichbarkeit zu erhalten, werden im Folgenden die Leistungsberechtigten erfasst, die mindestens einen Anspruch auf Pflegegeld haben (aktuell ab Pflegegrad 2). Ausnahmen davon sind kenntlich gemacht.

Tabelle 2.1 stellt die Zahl der Pflegebedürftigen anhand der Pflegestatistik dar. Tabelle 2.2 zeigt die jeweiligen zweijährlichen Veränderungsdaten. Seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung ist eine stetige Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen zu beobachten. Bundesweit stieg die Zahl vom Jahr 1999 bis zum Jahr 2017 um 67,1 Prozent (Tabelle 2.2). Im Achtjahreszeitraum von 1999 bis 2007, in dem die Leistungsansprüche weitgehend konstant geblieben sind, ist die Zahl der Pflegebedürftigen nur moderat um 11,5 Prozent gestiegen, von 2,02 Millionen Pflegebedürftigen auf 2,25 Millionen. Im nachfolgenden Achtjahreszeitraum von 2007 bis 2015 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen dagegen um 35,3 Prozent von 2,25 auf 3,04 Millionen (Tabelle 2.1). Dieser Fallzahlenanstieg ist zu großen Teilen auf Leistungsausweitungen der Pflegeversicherung und daraus resultierenden Veränderungen des Antragstellungsverhaltens zurückzuführen (Schneekloth et al., 2017). Mit der Einführung der Pflegegrade ergibt sich im Vergleich der Jahre 2017 zu 2015 auch ohne Berücksichtigung des neu eingeführten Pflegegrads 1 eine Steigerung um 10,8 Prozent. Dieser Einführungseffekt ist noch nicht beendet. Anhand der BARMER-Daten zeigt sich im Vergleich der Jahre 2017 und 2019 eine weitere Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen von 11,2 Prozent (Abbildung 2.3).

In der Entwicklung zeigen sich insgesamt erhebliche regionale und zeitliche Unterschiede (Tabelle 2.2). In den neuen Bundesländern liegt der Anstieg zwischen den Jahren 1999

und 2017 zumeist über dem Bundesdurchschnitt, mit dem höchsten Wert von 103,4 Prozent in Brandenburg, während die Anstiege in den alten Bundesländern häufig deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegen. Die niedrigsten Werte finden sich mit 32,7 Prozent in Bayern.

Tabelle 2.1: Pflegebedürftige nach Jahren im Ländervergleich

Land	Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend									
	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013*	2015*	2017**
Baden-Württemberg	211	211	224	225	237	246	278	313	353	395
Bayern	294	299	298	303	314	318	329	344	373	390
Berlin	81	85	90	96	96	101	108	118	124	134
Brandenburg	64	68	69	75	85	86	96	107	118	131
Bremen	17	19	19	20	21	21	22	23	26	29
Hamburg	42	41	42	41	43	46	47	52	56	62
Hessen	145	149	155	163	176	187	200	212	234	259
Mecklenburg-Vorpommern	46	48	49	51	57	61	68	74	83	90
Niedersachsen	209	213	218	228	242	256	270	298	333	383
Nordrhein-Westfalen	466	459	459	458	485	509	548	604	678	761
Rheinland-Pfalz	92	95	95	98	102	106	113	123	141	159
Saarland	27	27	29	28	29	30	33	35	40	45
Sachsen	118	119	118	120	127	132	139	158	180	202
Sachsen-Anhalt	67	70	73	76	81	81	88	96	105	109
Schleswig-Holstein	76	77	74	78	79	80	80	88	98	107
Thüringen	60	61	64	67	72	77	82	90	100	115
Deutschland	2.016	2.040	2.077	2.129	2.247	2.338	2.501	2.735	3.041	3.368

* Ab 2013 sind die Leistungsberechtigten mit Pflegestufe 0 mitgezählt.

** Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind nicht berücksichtigt.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2018c, 2020j)

Unter alleiniger Berücksichtigung der Leistungsberechtigten mit Pflegegrad 2 bis 5 sind ausweislich der Pflegestatistik die meisten Pflegebedürftigen (46,5 Prozent) Ende 2017 in Pflegegrad 2 eingestuft. Weniger als ein Drittel (30,4 Prozent) sind in Pflegegrad 3, fast ein Sechstel (16,3 Prozent) in Pflegegrad 4 und etwa jeder Fünfzehnte (6,7 Prozent) in Pflegegrad 5 eingestuft. Bezogen auf diese Gesamtzahl sind noch 1,4 Prozent mit

Pflegegrad 1 in der Pflegestatistik erfasst (Abbildung 2.1). Diese Anteilswerte unterscheiden sich zwischen den Bundesländern. Die höchsten Anteile mit Pflegegrad 2 finden sich in Mecklenburg-Vorpommern (51,8 Prozent) und Berlin (51,0 Prozent), die höchsten Anteile mit Pflegegrad 4 in Bayern (17,8 Prozent) und Baden-Württemberg (18,2 Prozent) und die höchsten Anteile mit Pflegegrad 5 ebenfalls in Bayern (8,4 Prozent) und Baden-Württemberg (7,0 Prozent). Relativ viele Leistungsberechtigte mit Pflegegrad 1 finden sich zudem in Schleswig-Holstein (2,1 Prozent) und Bayern (2,3 Prozent).

Tabelle 2.2: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen im Ländervergleich

Land	Anteil in Prozent									
	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013*	2015*	2017**	2017**
	vs. 1999	vs. 2001	vs. 2003	vs. 2005	vs. 2007	vs. 2009	vs. 2011	vs. 2013*	vs. 2015*	vs. 1999
Baden-Württemberg	-0,1	6,4	0,5	5,2	3,8	13,1	12,6	12,5	12,1	87,5
Bayern	1,6	-0,4	1,7	3,8	1,3	3,4	4,3	8,5	4,7	32,7
Berlin	4,8	5,9	7,2	-0,3	5,7	6,5	8,9	5,4	7,8	65,3
Brandenburg	5,4	2,1	7,7	14,1	0,8	11,9	11,4	10,6	10,7	103,4
Bremen	9,1	1,3	7,2	1,9	3,2	3,9	5,6	11,6	9,4	66,9
Hamburg	-2,3	2,2	-1,3	4,2	6,6	2,6	10,4	8,1	10,0	47,5
Hessen	2,3	4,2	5,3	7,7	6,3	6,8	6,1	10,4	10,6	77,9
Mecklenburg-Vorpommern	4,7	2,4	4,8	11,3	7,9	10,0	9,6	11,6	8,7	97,3
Niedersachsen	1,8	2,5	4,4	6,3	5,7	5,6	10,2	11,8	14,8	82,8
Nordrhein-Westfalen	-1,4	0,0	-0,2	5,8	5,0	7,6	10,3	12,1	12,3	63,3
Rheinland-Pfalz	3,0	-0,3	3,3	4,7	3,3	6,6	8,7	14,9	12,6	71,8
Saarland	-0,4	6,1	-1,1	3,5	3,3	7,9	8,0	13,5	11,3	64,5
Sachsen	0,7	-0,4	1,3	6,0	3,7	5,5	13,9	14,0	11,8	70,7
Sachsen-Anhalt	4,4	5,0	3,5	6,8	-0,1	9,1	8,7	9,7	3,6	63,3
Schleswig-Holstein	1,4	-3,6	4,4	2,0	0,5	0,9	9,4	11,1	9,6	40,7
Thüringen	1,3	4,2	5,4	7,7	6,6	7,0	9,4	10,6	15,2	90,4
Deutschland	1,2	1,8	2,5	5,6	4,1	7,0	9,3	11,2	10,8	67,1

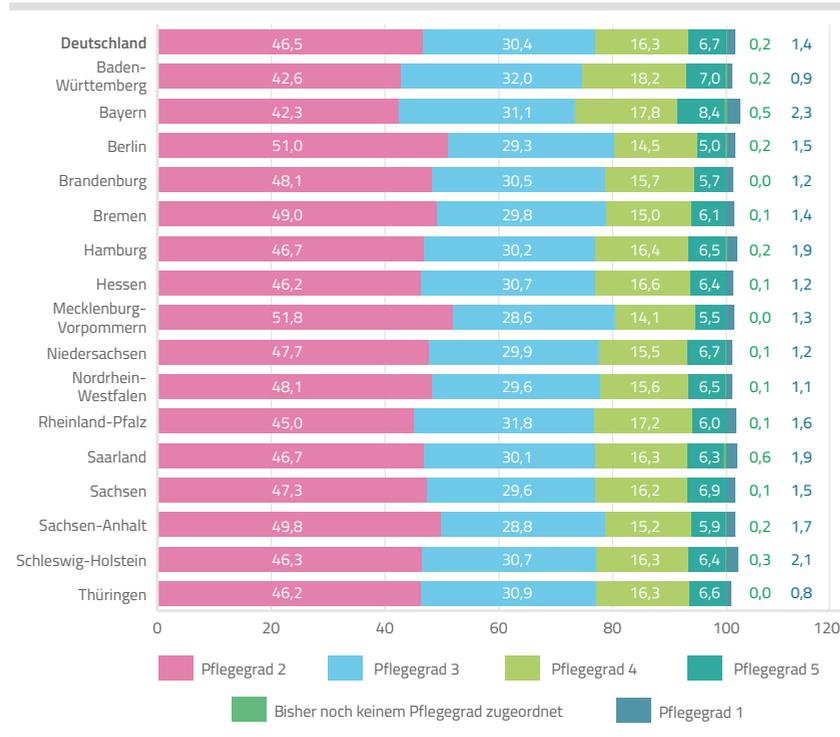
* Ab 2013 sind die Leistungsberechtigten mit Pflegestufe 0 mitgezählt.

** Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind nicht berücksichtigt.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2018c, 2020j), eigene Berechnung

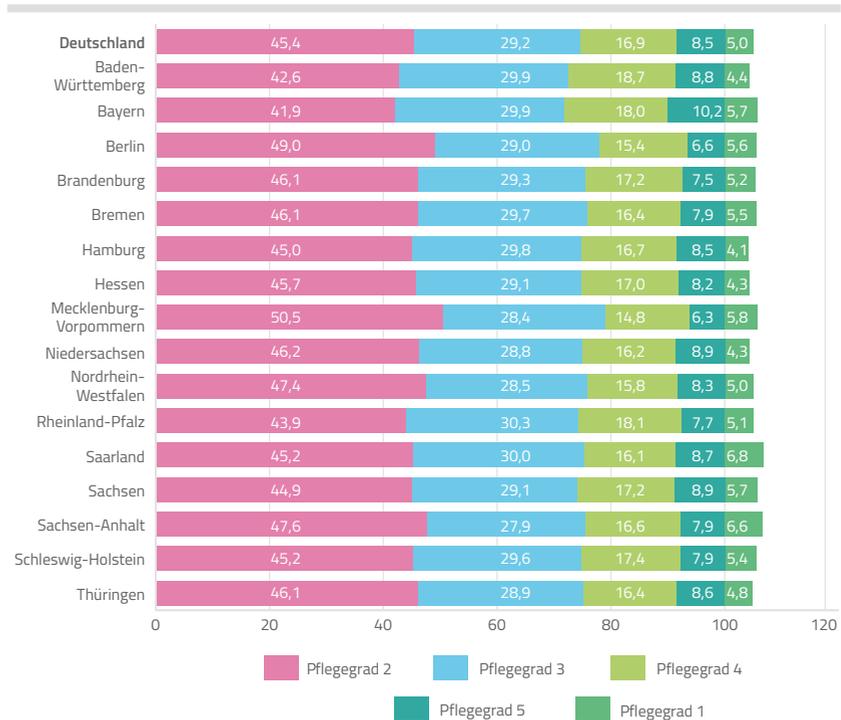
Die Verteilung nach Pflegegraden erscheint im Vergleich der beiden Datengrundlagen (Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes in Abbildung 2.1 und BARMER-Daten in Abbildung 2.2) sehr ähnlich, was für die diesbezügliche Repräsentativität der BARMER-Daten spricht. Zudem wird deutlich, dass sich mit den BARMER-Daten sehr viel mehr Leistungsberechtigte mit Pflegegrad 1 erfassen lassen (Abbildung 2.2).

Abbildung 2.1: Pflegegrade nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2017 (Pflegestatistik)



Anmerkung: Summe Pflegegrad 2 bis 5 plus „noch nicht zugeordnet“ entspricht 100 Prozent.
Quelle: Statistisches Bundesamt (2020), eigene Berechnung

Abbildung 2.2: Pflegegrade nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2017 (BARMER)

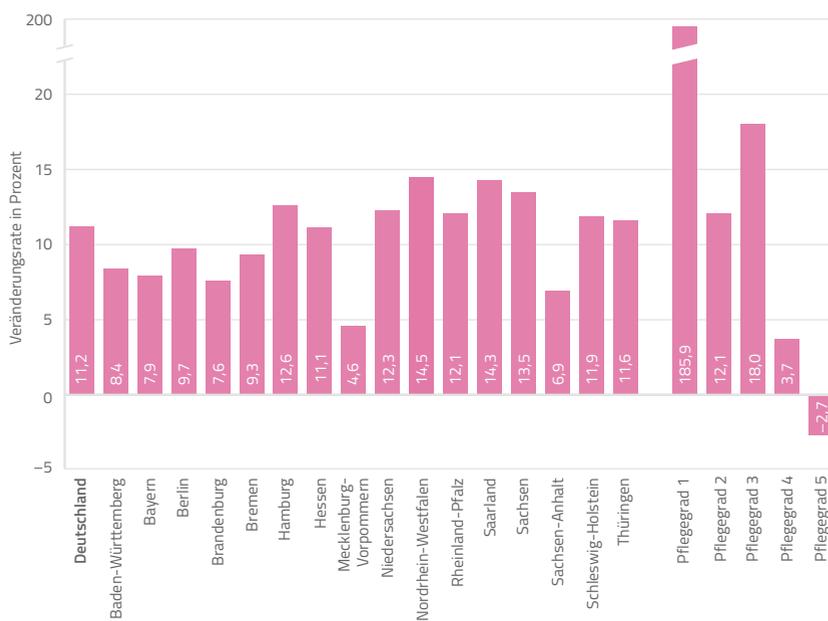


Anmerkung: Summe Pflegegrad 2 bis 5 entspricht 100 Prozent.

Quelle: BARMER-Daten 2017, hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands 2017

Die Anstiege kommen nur in geringem Umfang durch eine Fallzahlsteigerung mit höheren Pflegegraden zustande. Bezüglich des Pflegegrads 5 kam es sogar zu einem Rückgang. Bezüglich des Pflegegrads 4 gab es nur einen Anstieg um 3,7 Prozent. Höhere Zuwächse sind mit 18,0 Prozent insbesondere bei Pflegegrad 3 zu verzeichnen. Die größte Zunahme gab es in der Zahl der Personen mit Pflegegrad 1, die hier in der Regel aber nicht weiter betrachtet werden, da sie nur eingeschränkt leistungsberechtigt sind. Mit der Reform zum Jahr 2017 ist erkennbar die Tür für leichter Pflegebedürftige in den Leistungsbezug aufgestoßen worden.

Abbildung 2.3: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesländern und nach Pflegegraden – 2019 gegenüber 2017 (BARMER)



Anmerkung: Für die regionale Differenzierung sind nur die Pflegegrade 2 bis 5 berücksichtigt.

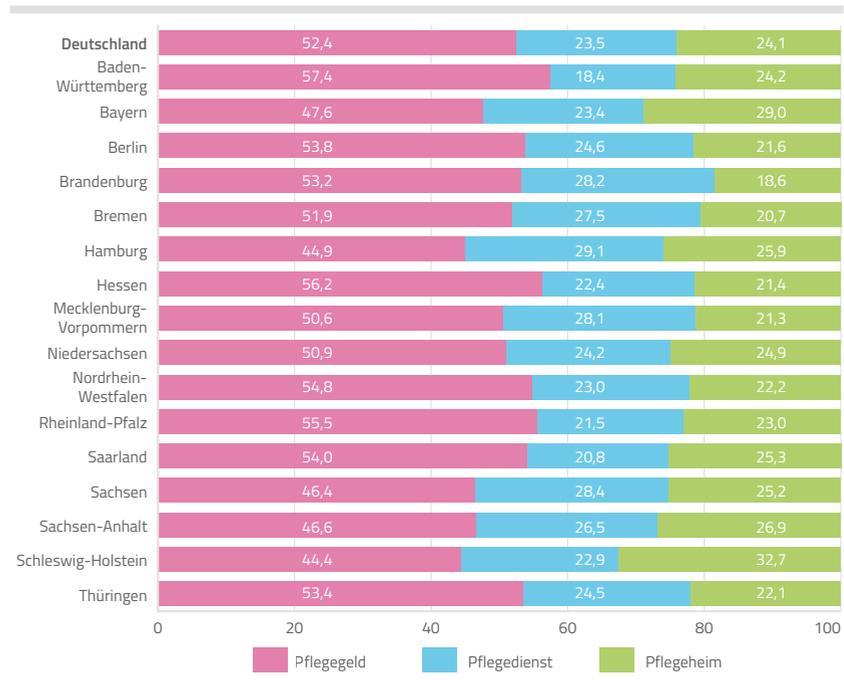
Quelle: BARMER-Daten 2017 und 2019, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Von 2017 bis 2019 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen (Pflegegrade 2 bis 5) ausweislich der hochgerechneten BARMER-Daten um 11,2 Prozent. Die größten Anstiege sind in Nordrhein-Westfalen und dem Saarland mit jeweils über 14 Prozent und die geringsten in Mecklenburg-Vorpommern (+4,6 Prozent) und Sachsen-Anhalt (+6,9 Prozent) zu verzeichnen (Abbildung 2.3).

Nach der Pflegestatistik zeigen sich auch bei der regionalen Verteilung der Versorgungsarten deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern (Abbildung 2.4). So liegt der Anteil der in Pflegeheimen versorgten Pflegebedürftigen im Jahr 2017 in Schleswig-Holstein mit 32,7 Prozent um mehr als ein Drittel höher als im Bundesdurchschnitt (24,1 Prozent) und um mehr als drei Viertel höher als in Brandenburg, das mit 18,6 Prozent den niedrigsten Wert aller Bundesländer aufweist. Die häusliche Pflege

unter Beteiligung ambulanter Pflegedienste ist dagegen in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen sowie in Ostdeutschland am weitesten verbreitet. Hier finden sich die höchsten Anteile in Hamburg (29,1 Prozent), Sachsen (28,4 Prozent), Brandenburg (28,2 Prozent), Mecklenburg-Vorpommern (28,1 Prozent) und Bremen (27,5 Prozent), während in den verbleibenden westdeutschen Bundesländern die Anteile weitgehend unter dem Bundesdurchschnitt von 23,5 Prozent liegen. Die ausschließliche Pflege durch Angehörige erfolgt verstärkt in der Mitte und im Südwesten Deutschlands, also in Baden-Württemberg (57,4 Prozent), Hessen (56,2 Prozent), in Rheinland-Pfalz (55,5 Prozent) sowie im Saarland (54,0 Prozent).

Abbildung 2.4: Versorgungsarten nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2017 (Pflegestatistik)

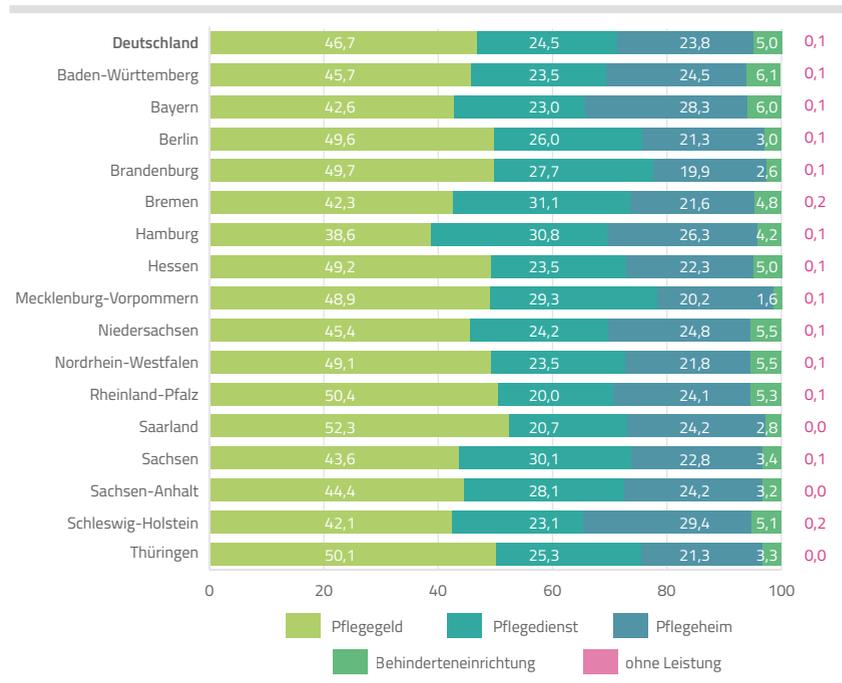


Anmerkung: Ohne Pflegegrad 1, ohne teilstationäre Pflege, vollstationär beinhaltet Dauerpflege und Kurzzeitpflege.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020j), eigene Berechnung

Die regionale Versorgung der pflegebedürftigen Menschen im Jahr 2017 nach Versorgungsarten entspricht im Ranking weitgehend derjenigen in den Vorjahren (Rothgang & Müller, 2019, S. 56). Die Inanspruchnahme der Versorgungsarten korreliert mit der Angebotsstruktur (Rothgang et al., 2016, S. 105, 110). Dementsprechend ist der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen höher, wenn die Anzahl der zur Verfügung stehenden Heimplätze pro 100 Pflegebedürftige höher ist (Kapitel 2.2.2). Entsprechend werden mehr Pflegebedürftige durch ambulante Pflegedienste versorgt, wenn die Anzahl der zur Verfügung stehenden Beschäftigten gemessen in Vollzeitäquivalenten (Kapitel 2.2.1) in den ambulanten Pflegediensten höher liegt.

Abbildung 2.5: Versorgungsarten nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2017 (BARMER)



Anmerkung: Ohne Pflegegrad 1, teilstationäre Pflege, Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege sind in den Monatserfassungen durch Pflegegeld, Pflegedienst, Behinderteneinrichtung und Pflegeheim überschrieben, wenn entsprechende Leistungen im Monat vorlagen. Teilstationäre Pflege, Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege ohne Pflegegeld, Pflegedienst, Pflege in einer Behinderteneinrichtung oder Dauerpflege im Pflegeheim sind in der Kategorie „nur Ersatzleistung“ zusammengefasst. Gibt es im jeweiligen Monat keine der genannten Leistungen, sind die Pflegebedürftigen in der Kategorie „ohne Leistung“ zu finden.

Quelle: BARMER-Daten 2017, hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands 2017

Die Pflegestatistik gilt zwar als Vollerhebung, da sie alle häuslich und in Pflegeheimen versorgten Pflegebedürftigen umfasst, sie schließt aber die Pflegebedürftigen in den Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nicht mit ein. Gerade junge Pflegebedürftige sind aber sehr häufig auf diese Weise versorgt (Rothgang et al., 2017). In welchem Ausmaß auch Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen versorgt werden, lässt sich mit den BARMER-Daten darstellen (Abbildung 2.5). Zudem sind in den BARMER-Daten auch Zeiten nur mit Ersatzleistungen oder gar ohne Leistungen erfasst, die allerdings quantitativ nicht ins Gewicht fallen.

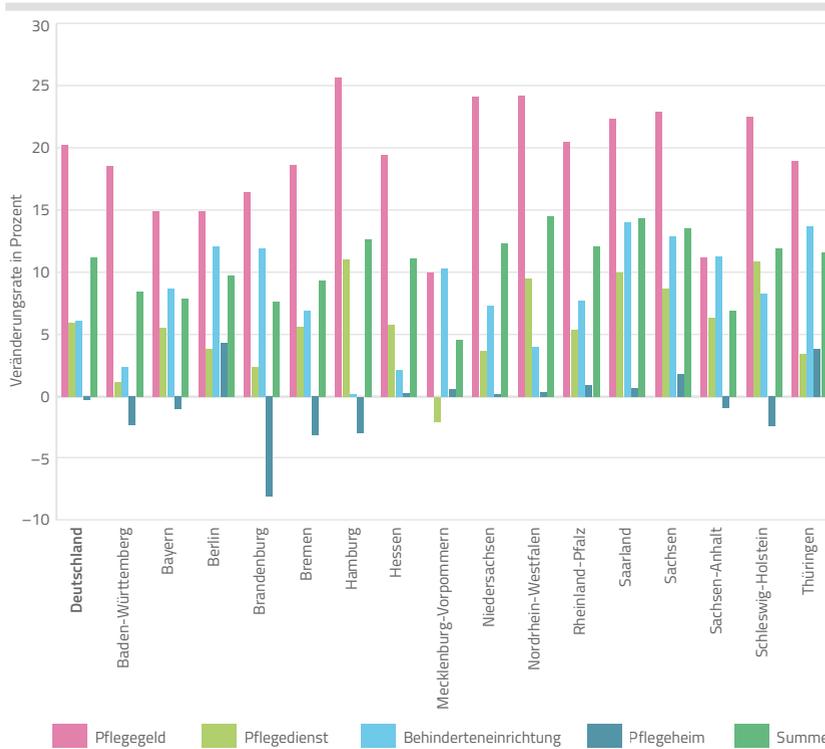
Durch die zusätzliche Berücksichtigung weiterer Versorgungsarten sind die Anteilswerte für Pflegegeld, Pflegedienst und Pflegeheim auf Basis der BARMER-Daten etwas geringer. Auch darüber hinaus unterscheiden sich die Anteilswerte teilweise. Die größten Unterschiede finden sich dabei in Baden-Württemberg, wo der Anteil der Pflegegeldempfänger in den BARMER-Daten deutlich geringer, der Anteil der durch Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen dafür aber merklich höher ausfällt. Die BARMER-Daten sind hier also nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung.

Unabhängig von gegebenen Unterschieden in den Verteilungen lassen sich aktuelle Trends mit den BARMER-Daten beschreiben (siehe Abbildung 2.6), die mit den amtlichen Statistiken noch nicht beobachtbar sind, da diese nur die Entwicklung bis in das Jahr 2017 abbilden.

immer mehr Pflegegeld-
bezieher, Stagnation im
Pflegeheim

Die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen stagniert im Zeitraum von 2017 bis 2019. Gleichzeitig steigt die Zahl der Pflegebedürftigen, die von Pflegediensten versorgt werden, um 5,9 Prozent und die Zahl der Pflegegeldempfänger sogar um 20,2 Prozent. Nachdem die Zahl der Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Behindertenhilfe nach der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade um 42,2 Prozent gestiegen ist (Rothgang & Müller, 2018, S. 58), hat sich der Anstieg im Vergleich von 2019 zu 2017 normalisiert und beträgt noch 6,1 Prozent. Wird berücksichtigt, dass fast die Hälfte der Pflegebedürftigen Pflegegeldempfänger sind (Abbildung 2.5), wird deutlich, dass der weit überwiegende Teil der Fallzahlsteigerung auf diese Teilgruppe entfällt.

Abbildung 2.6: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten und Bundesländern – 2019 gegenüber 2017 (BARMER)



Anmerkung: ohne Pflegegrad 1

Quelle: BARMER-Daten 2017 und 2019, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

2.1.2 Prävalenzen: Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist in erster Linie davon abhängig, wie groß die Population ist. Um die individuelle Wahrscheinlichkeit zu ermitteln, pflegebedürftig zu sein, muss daher die Zahl der Pflegebedürftigen in dieser Population zu deren Gesamtzahl ins Verhältnis gesetzt werden. Die resultierende Zahl ist die Pflegeprävalenz oder die Pflegequote.

Tabelle 2.3: Pflegeprävalenz nach Jahren im Ländervergleich

Land	Pflegeprävalenz in Prozent									
	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013*	2015*	2017**
Baden-Württemberg	2,04	2,02	2,13	2,14	2,25	2,35	2,65	2,95	3,24	3,59
Bayern	2,44	2,44	2,42	2,45	2,54	2,58	2,65	2,73	2,90	3,00
Berlin	2,45	2,58	2,74	2,95	2,94	3,10	3,24	3,44	3,52	3,70
Brandenburg	2,49	2,64	2,72	2,95	3,41	3,47	3,91	4,37	4,76	5,23
Bremen	2,60	2,86	2,88	3,09	3,16	3,27	3,40	3,56	3,89	4,20
Hamburg	2,52	2,44	2,49	2,46	2,53	2,71	2,75	2,98	3,15	3,38
Hessen	2,42	2,47	2,57	2,71	2,94	3,13	3,33	3,50	3,79	4,14
Mecklenburg-Vorpommern	2,56	2,73	2,85	3,03	3,44	3,78	4,20	4,64	5,12	5,58
Niedersachsen	2,67	2,71	2,77	2,89	3,09	3,29	3,48	3,83	4,20	4,80
Nordrhein-Westfalen	2,61	2,57	2,57	2,57	2,73	2,89	3,12	3,44	3,79	4,25
Rheinland-Pfalz	2,29	2,35	2,34	2,42	2,54	2,64	2,83	3,07	3,48	3,89
Saarland	2,56	2,56	2,73	2,74	2,87	3,01	3,29	3,58	4,04	4,50
Sachsen	2,67	2,74	2,78	2,85	3,06	3,22	3,43	3,91	4,42	4,94
Sachsen-Anhalt	2,53	2,72	2,92	3,10	3,39	3,48	3,87	4,26	4,68	4,89
Schleswig-Holstein	2,75	2,77	2,65	2,76	2,82	2,84	2,86	3,12	3,41	3,70
Thüringen	2,48	2,55	2,71	2,91	3,20	3,48	3,77	4,17	4,59	5,33
Deutschland	2,48	2,50	2,55	2,62	2,78	2,91	3,11	3,39	3,70	4,07

* Erst ab 2013 sind die Leistungsberechtigten mit Pflegestufe 0 mitgezählt.

** Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind nicht berücksichtigt.

Anmerkung: etwas höhere Zahlen als in den Veröffentlichungen zur Pflegestatistik, da dort die Pflegequoten (= Pflegeprävalenz) bis zum Jahr 2009 auf der unkorrigierten Bevölkerungsfortschreibung beruhen

Quelle: Statistisches Bundesamt (2016, 2020f, 2020j), eigene Berechnung

Anstieg der Gesamtprävalenz

Deutschlandweit wie auch in allen Bundesländern steigt die Gesamtpflegeprävalenz. Im Jahr 1999 galten 2,48 Prozent der Bevölkerung in Deutschland als pflegebedürftig und im Jahr 2017 waren es schon 4,07 Prozent. Während es in Bayern nur einen Anstieg von 2,44 Prozent auf 3,00 Prozent gab, sind insbesondere in den ostdeutschen Bundesländern die Steigerungen deutlich erhöht. Bei relativ ähnlichen Ausgangswerten wurden in Mecklenburg-Vorpommern (5,58 Prozent), Thüringen (5,33 Prozent) und Brandenburg (5,23 Prozent) inzwischen Prävalenzen von über fünf Prozent erreicht. Die Steigerung in der Gesamtprävalenz korreliert dabei mit der Fallzahlsteigerung in den Bundesländern.

Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Brandenburg sind auch die Bundesländer mit den höchsten Steigerungsraten in den Fallzahlen (Tabelle 2.2).

Die Gesamtprävalenz ist vor allem abhängig von der Altersstruktur der betreffenden Population, da insbesondere die hochaltrige Bevölkerung zu einem höheren Anteil pflegebedürftig ist (Rothgang & Müller, 2019, S. 48). Verändert sich der Anteil der älteren Bevölkerung in einer Population, so verändert sich – ceteris paribus – auch die Zahl der Pflegebedürftigen. Für einen regionalen Vergleich ist es daher interessant, den Teil des Unterschieds zu ermitteln, der auf eine unterschiedliche Altersstruktur zurückzuführen ist, und ihn dem Teil gegenüberzustellen, der auf unterschiedlichen altersspezifischen Pflegehäufigkeiten beruht.

Tabelle 2.4: Pflegeprävalenz nach Altersklassen und Jahren im Ländervergleich in Prozent

Land	75 bis 84 Jahre				85 bis 89 Jahre			
	1999	2005	2011	2017*	1999	2005	2011	2017*
Baden-Württemberg	11,6	11,6	12,4	14,7	33,2	30,6	35,0	42,1
Bayern	13,7	13,7	12,7	12,7	37,9	35,1	35,4	36,9
Berlin	14,2	16,8	15,9	15,9	36,1	41,7	41,6	42,0
Brandenburg	16,2	17,1	18,4	19,0	44,5	46,2	49,5	51,4
Bremen	12,1	14,9	14,6	16,8	32,1	34,5	37,8	42,9
Hamburg	12,3	12,6	13,1	14,8	33,6	31,3	33,4	38,5
Hessen	13,7	14,8	16,1	17,6	38,1	36,9	41,7	47,0
Mecklenburg-Vorpommern	17,3	17,5	19,4	20,6	45,9	46,7	51,4	55,2
Niedersachsen	14,2	15,1	15,9	19,0	39,6	39,3	42,4	51,6
Nordrhein-Westfalen	15,1	13,8	14,5	17,4	41,1	36,3	38,4	45,1
Rheinland-Pfalz	12,2	13,1	13,0	15,9	35,6	34,0	35,9	43,9
Saarland	13,4	13,8	13,7	17,1	38,2	37,0	38,5	44,6
Sachsen	13,7	12,9	12,8	15,8	38,9	35,1	37,5	46,2
Sachsen-Anhalt	14,9	15,9	16,5	16,5	40,8	42,5	44,9	46,4
Schleswig-Holstein	14,2	14,1	12,2	13,5	39,5	36,2	34,6	38,6
Thüringen	14,6	15,6	16,4	18,8	41,1	40,8	44,2	51,2
Deutschland	13,9	14,0	14,3	16,3	38,4	36,3	38,8	44,5

* Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind nicht berücksichtigt.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020k) mit den unkorrigierten Werten aus der Bevölkerungsfortschreibung bis zum Jahr 2009

Prävalenzsteigerung
als demografische
Effekte und Folgen der
Leistungsausweitung

Während in der Gesamtpopulation die Prävalenz von 2,48 Prozent im Jahr 1999 auf 4,07 Prozent im Jahr 2017 um 64 Prozent zugenommen hat, fällt die Steigerungsrate innerhalb der einzelnen Altersgruppen deutlich geringer aus. Der Anstieg in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen liegt bei 17 Prozent (16,3 Prozent zu 13,9 Prozent) und in der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen bei 16 Prozent (44,5 Prozent zu 38,4 Prozent). Ein Großteil der Steigerungsrate liegt also in der Alterung der Bevölkerung begründet, aber ein nicht unerheblicher Teil auch in der Leistungsausweitung des Pflegeversicherungssystems. Diese altersspezifischen Trends sind nicht in allen Bundesländern gleich. In Bayern gibt es sogar einen Rückgang, während in anderen Ländern deutlich höhere Zunahmen der Prävalenzen zu beobachten sind. Hier können neben dem Alterungseffekt noch Wanderungseffekte eine Rolle spielen.

Um den Gesamteffekt der Altersverteilung auf die landesspezifischen Prävalenzen zu ermitteln, werden im Folgenden die Pflegeprävalenzen des Jahres 2017 für Männer und Frauen für die einzelnen Bundesländer unter Verwendung der Bevölkerungsfortschreibung von 2017 (die auf dem Zensus von 2011 beruhen) sowie der Pflegestatistik des Jahres 2017 berechnet.

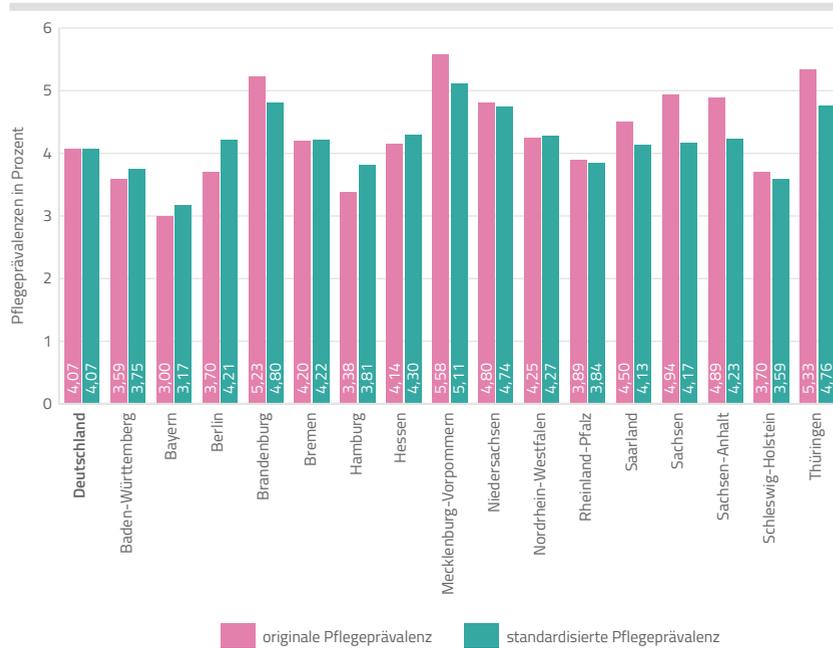
Dabei wird zunächst die gegebene Zahl der Pflegebedürftigen in Beziehung zur jeweiligen Landesbevölkerung gesetzt und so die tatsächliche Gesamtpflegeprävalenz ermittelt. Dies sind die Werte in Tabelle 2.3. Diese ist aber stark von der Altersstruktur des Bundeslands abhängig. Um demografische Effekte herauszurechnen, müssen alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzen je Bundesland berechnet werden. Diese werden dann auf eine Standardpopulation (hier Deutschland) projiziert (Standardisierung). Aus der Summe der einzelnen so errechneten Zahlen pflegebedürftiger Personen je Altersgruppe errechnet sich die standardisierte Gesamtprävalenz. Bei dieser standardisierten Gesamtpflegeprävalenz handelt es sich somit um eine hypothetische Pflegeprävalenz, die vorliegen würde, wenn jedes Bundesland die Alters- und Geschlechterverteilung von Deutschland aufwiese.

auch nach Standardisie-
rung noch Prävalenz-
unterschiede zwischen
den Ländern

Auch bei Betrachtung der auf die Bevölkerung Deutschlands standardisierten Prävalenzen bleibt die Rangfolge der Bundesländer weitgehend erhalten: Höhere altersstandardisierte Pflegeprävalenzen finden sich überwiegend im Osten und niedrigere Pflegeprävalenzen

überwiegend im Westen, allerdings sind die Unterschiede zum Bundesdurchschnitt jetzt meist geringer. Insbesondere die ostdeutschen Länder sind somit doppelt benachteiligt: In Bezug auf die Pflegebedürftigkeit haben sie eine ungünstigere Altersstruktur und gleichzeitig für das jeweilige Alter eine höhere Pflegewahrscheinlichkeit.

Abbildung 2.7: Pflegeprävalenzen nach Bundesländern im Jahr 2017



Anmerkung: Standardisierung nach Geschlecht und 5-Jahres-Altersgruppen auf die Bevölkerung Ende 2017

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020d, 2020j), eigene Berechnung

2.1.3 Begutachtungen

Die jeweils aktuelle Zahl der Pflegebedürftigen ergibt sich aus dem alten Bestand (Bestandsgröße), den Zugängen (inzidente Fälle) und den Abgängen (Reversibilität der Pflegebedürftigkeit beziehungsweise Tod). Die Pflegestatistik, das BMG und die PPV informieren zwar über den Bestand, nicht aber darüber, wie viele Pflegebedürftige neu hinzukommen und wie viele Personen aus dem Kreis der Pflegebedürftigen ausscheiden.

Fast vollständige Zahlen zum Zugang bieten die Begutachtungsstatistiken des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) für die SPV-Versicherten. Der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung wird bei der zuständigen Pflegekasse gestellt (§ 18 SGB XI). Im Rahmen der SPV wird der MDK mit einer Begutachtung beauftragt, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der Paragraphen 14 und 15 des SGB XI vorliegt. Wenn der Antragsteller noch keine Pflegeversicherungsleistungen nach dem SGB XI bezieht, handelt es sich um eine Erstbegutachtung. Der MDK spricht eine Empfehlung aus und die Pflegekasse folgt dabei in aller Regel der Begutachtung und den Empfehlungen des MDK. Es kann also von einer weitgehenden Übereinstimmung der MDK-Empfehlungen und der Bescheide der zuständigen Pflegekasse ausgegangen werden. Die positiven Erstbegutachtungen können so als inzidente Fälle interpretiert werden. Ein gleiches Verfahren wird bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung angewendet. Hierbei wird die Rolle des MDK von der MEDICPROOF GmbH übernommen.

Neben den Erstbegutachtungen werden auch Widerspruchs- und Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt. Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen werden auf Initiative der Versicherten oder der Pflegekassen beziehungsweise des Versicherungsunternehmens durchgeführt, wenn etwa der Versicherte eine Zunahme des Hilfebedarfs vermutet. Widerspruchsgutachten erfolgen, wenn der Versicherte Einspruch gegen den Leistungsbescheid seines Leistungsträgers erhebt.

Aus der Gesamtheit der Begutachtungen des MDK lassen sich also für SPV-Versicherte die Zugänge und Wechsel zwischen den einzelnen Pflegestufen beziehungsweise Pflegegraden ableiten.

Insgesamt hat sich die Zahl der Begutachtungen des MDK von anfänglich 1,7 Millionen Gutachten im Jahr 1995 nach Ausklingen des Einführungseffekts bis 1999 auf weniger als 1,3 Millionen verringert und blieb bis zum Jahr 2007 relativ konstant mit geringen demografisch bedingten Steigerungsraten (Tabelle 2.5).

Tabelle 2.5: Zahl der Begutachtungen der MDK und der Knappschaft nach Gutachtenart

Jahr	Anzahl der Begutachtungen in Tausend			
	gesamt	Erstgutachten	Höherstufungs-/Rückstufungs-/ Wiederholungsbegutachtungen	Widerspruchsgutachten
1995	1.706	*	*	*
1996	1.661	1390	181	90
1997	1.370	905	372	93
1998	1.339	751	496	94
1999	1.248	690	482	76
2000	1.272	679	512	80
2001	1.268	671	519	78
2002	1.281	666	544	71
2003	1.301	671	552	78
2004	1.262	651	530	80
2005	1.307	674	543	89
2006	1.306	686	531	88
2007	1.326	698	538	91
2008	1.527	*	*	*
2009	1.518	829	584	106
2010	1.456	792	567	97
2011	1.466	769	598	99
2012	1.589	833	643	113
2013	1.646	876	661	110
2014	1.629	847	675	107
2015	1.723	933	685	105
2016	1.780	966	691	123
2017	2.004	1.239	636	129
2018	2.116	1.146	837	134
2019	2.231	1.111	981	139

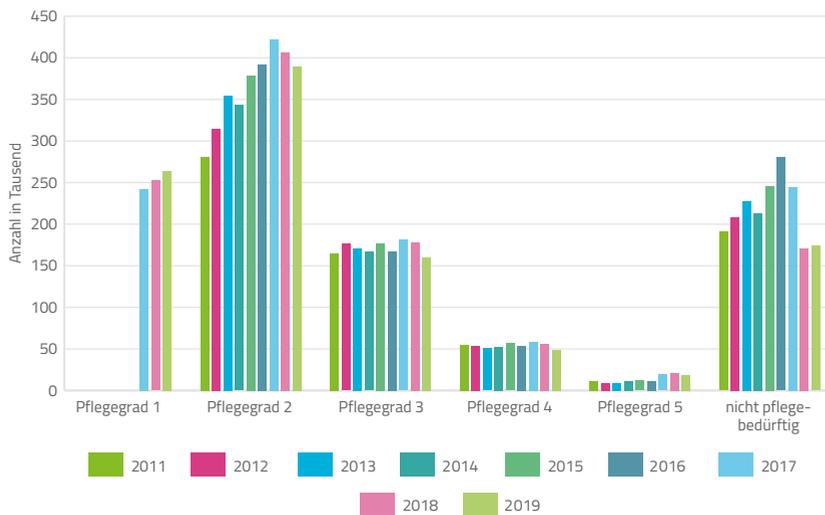
* Werte nicht verfügbar

Quelle: MDS (2020); Rothgang & Müller (2019, S. 56)

drastischer Anstieg der
Höherstufungs-, Rück-
stufungs- und Wieder-
holungsbegutachtungen
nach 2017

Im Zuge der Pflegereformgesetze wurden die Leistungsumfänge ausgeweitet und die Zugangsbarrieren zur Leistungsberechtigung gesenkt. Entsprechend sind insbesondere in den Jahren 2008 (PfWG), 2012 (PNG), 2015 (PSG I) und 2017 (PSG II) die Begutachtungszahlen jeweils besonders gestiegen. Mit der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade nahm die Zahl der Begutachtungen sogar um mehr als zwölf Prozent zu. Nach der Einführungsphase in den 1990er-Jahren, in welcher der Großteil der Begutachtungen naturgemäß Erstbegutachtungen waren, pendelten sich die einzelnen Begutachtungsarten auf relativ konstante Anteilswerte ein. So lag der Anteil der Erstbegutachtungen an allen Begutachtungen von 1999 bis 2016 immer zwischen 52 und 55 Prozent und der Anteil der Höherstufungs-, Rückstufungs-, und Wiederholungsbegutachtungen bei 38 bis 42 Prozent. Aufgrund der Überleitungsvorschriften konnten 2017 teilweise keine Höherstufungsanträge gestellt werden. Dies und die Steigerung der Erstgutachten um mehr als eine Viertelmillion haben dazu geführt, dass in diesem Jahr der Anteil der Erstgutachten bei 62 Prozent und der der Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsgutachten bei 32 Prozent lag. Zum Jahr 2018 sind die Anteile wieder auf das Niveau von vor 2017 zurückgegangen. Im Jahr 2019 gab es einen weiteren Rückgang der absoluten Zahlen der Erstbegutachtungen, aber auch des Anteils der Erstbegutachtungen. Dieser lag erstmals knapp unter 50 Prozent. Absolut und relativ hat aber die Zahl der Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen zugenommen.

Abbildung 2.8: Ergebnisse von Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch den MDK



Pflegegrad	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PG 1							241.738	252.455	264.315
PG 2	281.216	315.023	354.615	343.099	378.540	391.791	421.959	406.375	389.286
PG 3	164.493	176.181	170.484	166.639	176.565	167.204	181.101	177.994	159.753
PG 4	54.451	53.851	50.484	52.162	56.524	53.436	58.815	55.848	48.853
PG 5	11.164	8.689	9.271	10.934	11.885	11.114	19.218	21.114	18.628
nicht pflegebedürftig	190.774	207.969	228.013	213.354	246.071	280.250	244.817	170.575	173.803
Summe Erstgutachten	702.098	761.713	812.867	786.188	869.585	903.795	1.167.648	1.084.361	1.054.638

Anmerkung: Pflegegrade für die Jahre bis 2016 aus Pflegestufe und PEA-Status übergeleitet
Quelle: MDS (2020); Rothgang & Müller (2019, S. 58); eigene Berechnungen

Im Zeitverlauf geändert haben sich auch die in der Begutachtung festgestellten Schweregrade der Pflegebedürftigkeit. Diese haben sich in Richtung niedrigere Pflegestufen verschoben. Wurden 1998 noch 6,6 Prozent der Begutachteten in Pflegestufe III und 22,1 Prozent in Pflegestufe II eingruppiert, lagen die Anteile im Jahr 2011 nur noch bei 3,8 Prozent und 15,5 Prozent (Rothgang et al., 2017, S. 81). Werden die Pflegestufenverteilungen entsprechend der Überleitungsvorschrift in eine Pflegegradverteilung umgerechnet, zeigt sich von 2011 bis 2019 eine relative Konstanz der Fallzahlen bei den Pflegegraden 3 bis 5 bei einer Zunahme in den Pflegegraden 1 und 2 (Abbildung 2.8). Die Anzahl der Erstbegutachtungen ist im Vergleich der Jahre 2019 mit 2017 in allen Pflegegraden 2 bis 5 rückläufig. Eine Zunahme gibt es weiterhin mit Pflegegrad 1 von 20,7 Prozent im Jahr 2017 auf 25,1 Prozent im Jahr 2019. Trotz einer zuletzt deutlich erhöhten Zahl an Antragstellern ist der Anteil der negativen Bescheide seit der Umstellung auf Pflegegrade deutlich geringer. Von 1995 an bis zum Jahr 2016 schwankte der Anteil der abgelehnten Anträge zwischen 26,5 Prozent und 35,4 Prozent (Rothgang et al., 2017, S. 81). Der Anteil der nicht als pflegebedürftig eingestuften Personen ist in den Jahren 2018 und 2019 mit 15,7 beziehungsweise 16,5 Prozent so niedrig wie nie zuvor.

Die Begutachtungsstatistik der MEDICPROOF GmbH ist etwas anders strukturiert (Tabelle 2.6). Neben den Erstgutachten und Veränderungsgutachten werden beispielsweise auch Pflegehilfsmittelgutachten ausgewiesen. Entsprechend liegt der Anteil der Erstgutachten für das Jahr 2019 nicht wie in der MDK-Statistik bei rund 50 Prozent, sondern nur bei 42 Prozent. Dennoch ist auch in der Begutachtungsstatistik der MEDICPROOF GmbH der Anteil der Erstbegutachtungen am größten. Zwar ist die Anzahl der Gutachten für die Jahre 2018 und 2019 nicht ausgewiesen, aber die Zahl der Auftragseingänge ist im Vergleich der Jahre 2019 und 2015 um 44,8 Prozent gestiegen. Auch hier zeigt sich somit der Effekt der Pflegereform 2017.

Tabelle 2.6: Begutachtungen durch MEDICPROOF in den Jahren 2015 bis 2018

	2015	2016		2017	2018	2019
Auftragseingänge zur Begutachtungen	154.771	179.860		189.093	206.756	224.161
Anzahl der Gutachten	169.636	160.775		172.431	keine Angaben	keine Angaben
davon Anteile in Prozent						
Erstgutachten (inkl. wiederholten Erstgutachtens)	46	47		51	46	42
Veränderungsgutachten	24	26		26	31	33
Wiederholungsgutachten	12	8		4	5	6
Pflegehilfsmittelgutachten	5	6		7	6	7
Zweitgutachten	4	4		4	4	4
Sonstiges (u. a. Einstufung nach Aktenlage)	9	9		8	8	8
Pflegestufe und Pflegegrad aller Einstufungsgutachten in Prozent						
ohne Anspruch	1	1	ohne Anspruch	6	6	6
PS 0, Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt	4	4	PG 1	12	12	13
PS 0, Alltagskompetenz erhöht eingeschränkt	12	13	PG 2	29	29	29
Pflegestufe I	40	40	PG 3	29	28	28
Pflegestufe II	32	31	PG 4	17	18	18
Pflegestufe III	12	11	PG 5	7	7	7
Pflegestufe und Pflegegrad aller Erstgutachten in Prozent						
ohne Anspruch	1	1	ohne Anspruch	9	9	9
PS 0, Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt	6	6	PG 1	17	18	20
PS 0, Alltagskompetenz erhöht eingeschränkt	20	21	PG 2	37	37	37
Pflegestufe I	48	48	PG 3	26	24	23
Pflegestufe II	20	19	PG 4	9	9	8
Pflegestufe III	4	4	PG 5	3	3	3
Anzahl Gutachter	1.168	1.112		1.082	1.113	keine Angaben

Quelle: MEDICPROOF (2016, 2017, 2018, 2019, 2020)

Ebenso wie in der MDK-Statistik gibt es einen höheren Anteil mit geringeren Pflegestufen beziehungsweise niedrigeren Pflegegraden. Der Anteil der als nicht leistungsberechtigt eingestuften Personen liegt bei den PPV-Begutachtungen mit sechs Prozent aller Einstufungsgutachten und neun Prozent aller Erstgutachten deutlich niedriger als bei den Begutachtungen der SPV-Versicherten. Wenn PPV-Versicherte erstmals positiv begutachtet wurden, dann resultierte daraus häufiger ein höherer Schweregrad als bei SPV-Versicherten. Ob diese Unterschiede Ergebnisse eines unterschiedlichen Inanspruchnahmeverhaltens oder einer unterschiedlichen Begutachtungspraxis sind, lässt sich anhand der Zahlen nicht überprüfen.

2.1.4 Inzidenzen: Eintritt in die Pflegebedürftigkeit

Eintritte allgemein

Wie viele Menschen in einem gegebenen Zeitraum leistungsberechtigt werden (inzidenten Fälle), lässt sich mit der Pflegestatistik nicht darstellen. Da die Empfehlungen der Begutachtungen üblicherweise von den Pflegekassen übernommen werden, liefert die Begutachtungstatistik hierzu aber gute Hinweise. Allerdings lassen sich die veröffentlichten Angaben der Begutachtungstatistik nicht regional differenzieren. Daher wird hierzu nachfolgend auf Hochrechnungen auf Basis der BARMER-Routinedaten zurückgegriffen. Die Tabelle 2.7 zeigt zunächst die Zahl der Eintritte in die Leistungsberechtigung im Zeitraum vom Jahr 2013 bis zum Jahr 2019. In der Abbildung 2.9 sind diese Zahlen in Relation zur nicht pflegebedürftigen Bevölkerung gesetzt, um so die Inzidenz abzubilden.

Zunahme der inzidenten
Fälle um 24% zwischen
2013 und 2019

Nach den Hochrechnungen der BARMER-Daten auf die Bundesbevölkerung hat sich die Zahl der inzidenten Fälle von knapp 670.000 im Jahr 2013 auf knapp 830.000 im Jahr 2019 um rund 24 Prozent erhöht. Unberücksichtigt sind dabei die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1. Dabei ist diese Zahl von 2013 bis 2015 um rund 46.000 Fälle, im Zeitraum vom Jahr 2015 bis zum Jahr 2017 um rund 81.000 Fälle und im Zeitraum von 2017 bis 2019 um 34.000 Fälle gestiegen. Der massive Anstieg der Fallzahlen fand demnach zur Umstellung auf Pflegegrade im Jahr 2017 statt.

Tabelle 2.7: Eintritt in die Pflegebedürftigkeit nach Jahren im Ländervergleich

Land	Jahr				Anstieg 2019 zu 2013 in Prozent
	2013	2015	2017	2019	
Baden-Württemberg	84.792	87.888	94.080	95.364	12
Bayern	85.380	93.396	100.536	100.452	18
Berlin	23.916	24.732	28.692	29.700	24
Brandenburg	20.904	21.336	24.360	25.620	23
Bremen	5.832	6.960	7.836	7.260	24
Hamburg	13.212	13.884	16.620	15.672	19
Hessen	50.340	52.416	60.264	63.600	26
Mecklenburg-Vorpommern	14.712	16.044	14.184	16.692	13
Niedersachsen	70.656	76.812	84.420	87.948	24
Nordrhein-Westfalen	154.104	164.364	193.128	206.004	34
Rheinland-Pfalz	34.524	36.408	42.204	41.076	19
Saarland	9.324	9.636	10.440	12.096	30
Sachsen	38.280	42.624	44.244	52.200	36
Sachsen-Anhalt	19.920	21.660	20.532	24.492	23
Schleswig-Holstein	23.532	25.008	28.932	27.672	18
Thüringen	19.224	21.480	25.608	24.000	25
Deutschland	668.652	714.648	796.080	829.848	24

Anmerkung: ohne Pflegegrad 1; Inzidenz = Pflegegrad 2 oder höher, wenn gleichzeitig in den zwölf Monaten zuvor kein Pflegegrad 2 oder höher vorlag

Quelle: BARMER-Daten 2013, 2015, 2017 und 2019 hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

In den Begutachtungsstatistiken (Kapitel 2.1.3) zeigen sich in den Jahren 2018 und 2019 schon abnehmende Fallzahlen bei den Erstbegutachtungen, die mit einem Pflegegrad 2 oder höher abgeschlossen werden. In den BARMER-Daten zeigen sich dagegen weiterhin Steigerungen. Was auf den ersten Blick wie ein Widerspruch aussieht, ist keiner. Denn viele Personen, die vom MDK zunächst mit Pflegegrad 1 eingruppiert werden, werden später höhergruppiert und erscheinen damit in den Auswertungen der BARMER-Daten zeitversetzt als inzidente Fälle mit einem Pflegegrad 2 oder höher. Diese Höherstufungen werden vom MDK nicht mehr als Erstbegutachtungen gewertet. Es steigt also die Zahl der Personen an, die jeweils neu mindestens einen Anspruch auf Pflegegeld haben.

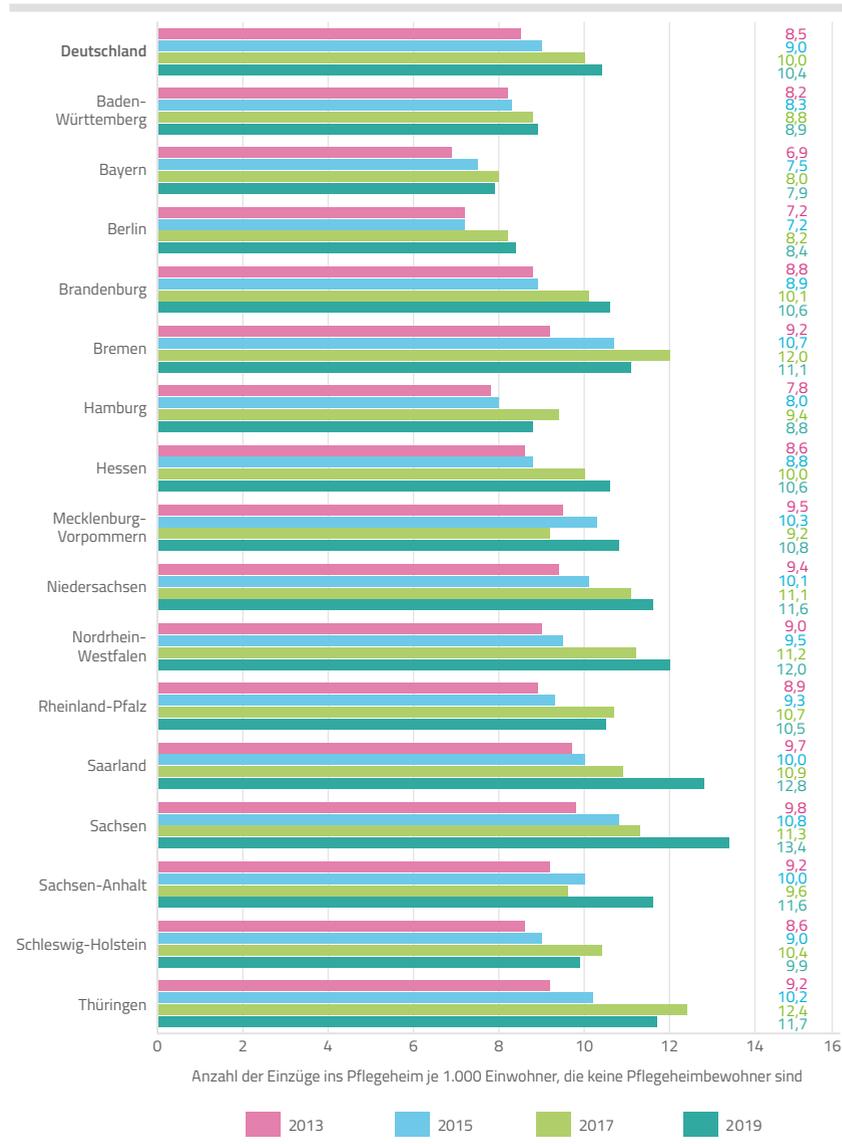
Ähnliche Entwicklungen finden sich in den meisten Bundesländern. In Sachsen und Sachsen-Anhalt erfolgt die Steigerung verzögert und nur in Bremen, Hamburg, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen lassen sich zum Jahr 2019 rückläufige Tendenzen erkennen. Die größten Steigerungsraten mit über 30 Prozent finden sich im Beobachtungszeitraum von 2013 bis 2019 in Sachsen, in Nordrhein-Westfalen und im Saarland. Geringere Steigerungsraten von 12 bis 13 Prozent finden sich in Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern. In allen anderen Bundesländern liegen die Steigerungsraten sehr ähnlich im groben Rahmen von rund 18 bis 26 Prozent (Tabelle 2.7). Die höheren Anstiege in Sachsen und Nordrhein-Westfalen bedeuten für diese Länder auch in naher Zukunft einen höheren Pflegebedarf.

Jeder Hundertste Einwohner wird innerhalb eines Jahres pflegebedürftig.

Dass diese Entwicklung nicht auf einen Anstieg der Bevölkerungszahlen zurückzuführen ist, zeigt die Abbildung der Inzidenzen (Abbildung 2.9). Auch je 1.000 nicht pflegebedürftige Einwohner hat die Zahl der Neufälle im gleichen Umfang zugenommen. Nachdem im Jahr 2013 noch 8,5 Promille der nicht pflegebedürftigen Bevölkerung innerhalb des Jahres pflegebedürftig wurden, stieg die Inzidenz über 9,0 Promille im Jahr 2015 und 10,0 Promille im Jahr 2017 und auf 10,4 Promille im Jahr 2019. Jede hundertste nicht pflegebedürftige Person wird also innerhalb eines Jahres pflegebedürftig in dem Sinne, dass mindestens ein Anspruch auf Pflegegeld besteht.

Die Unterschiede in den Inzidenzen zwischen den Ländern haben sich teilweise zwischen 2013 und 2019 sogar noch verstärkt. So finden sich in Bayern, Berlin, Hamburg und Baden-Württemberg auch im Jahr 2019 nur Inzidenzen unter neun Promille, während diese in Sachsen, im Saarland und in Nordrhein-Westfalen über zwölf Promille liegen. Gleichzeitig sind auch in Bayern, Berlin, Hamburg und Baden-Württemberg die Bevölkerungszahlen um mehr als vier Prozent gestiegen, während sie in Sachsen (+0,63 Prozent), im Saarland (-0,39 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (+2,14 Prozent) deutlich geringer ausfielen oder sogar rückläufig waren (Statistisches Bundesamt, 2020d). Unterschiedliche Wanderungsbewegungen können Auswirkungen auf den Zähler wie auf den Nenner der Inzidenz haben. Auszugehen ist davon, dass die jüngeren und gesünderen Menschen in die expandierenden Regionen ziehen und die älteren und kränkeren in den anderen Regionen zurückbleiben.

Abbildung 2.9: Einjahresinzidenz der Pflegebedürftigkeit je 1.000 nicht pflegebedürftige Einwohner



Anmerkung: ohne Pflegegrad 1; Inzidenz = Pflegegrad 2 oder höher, wenn gleichzeitig in den zwölf Monaten zuvor kein Pflegegrad 2 oder höher vorlag
Quelle: BARMER-Daten 2013, 2015, 2017 und 2019, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Eintritte in die vollstationäre Dauerpflege

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen (§ 2 SGB XI). Entsprechend soll die Pflegeversicherung mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können (§ 3 SGB XI). Vor diesem Hintergrund stellen die Tabelle 2.8 und Abbildung 2.10 dar, wie sich die Zahl der Eintritte in die vollstationäre Pflege und die Jahresinzidenz bundesweit und regional geändert hat. Erfasst werden dabei alle Eintritte in die vollstationäre Dauerpflege, gleich ob mit oder ohne vorherige ambulante Pflege.

Tabelle 2.8: Eintritte in die vollstationäre Dauerpflege nach Jahren im Ländervergleich

Land	Jahr				Anstieg 2019 zu 2013 in Prozent
	2013	2015	2017	2019	
Baden-Württemberg	35.520	34.908	35.040	41.244	16
Bayern	39.684	41.664	43.068	42.072	6
Berlin	9.720	10.392	11.256	11.460	18
Brandenburg	7.740	7.572	8.004	7.620	-2
Bremen	2.748	2.496	2.424	2.592	-6
Hamburg	5.772	6.420	6.180	7.176	24
Hessen	19.428	20.352	19.956	20.472	5
Mecklenburg-Vorpommern	5.076	5.580	5.448	5.064	0
Niedersachsen	30.300	31.932	32.232	33.096	9
Nordrhein-Westfalen	60.612	61.500	62.040	63.732	5
Rheinland-Pfalz	13.908	13.872	14.052	15.396	11
Saarland	3.216	3.516	4.092	3.972	24
Sachsen	14.676	16.284	16.260	23.796	62
Sachsen-Anhalt	7.968	9.084	8.340	8.580	8
Schleswig-Holstein	11.880	11.532	11.544	12.852	8
Thüringen	7.476	8.400	8.256	8.268	11
Deutschland	275.724	285.504	288.192	307.392	11

Anmerkung: ohne Pflegegrad 1; Inzidenz = Eintritt in die vollstationäre Dauerpflege mit Pflegegrad 2 oder höher, wenn gleichzeitig in den zwölf Monaten zuvor keine vollstationäre Dauerpflege mit Pflegegrad 2 oder höher vorlag

Quelle: BARMER-Daten 2013, 2015, 2017 und 2019, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Abbildung 2.10: Jahresinzidenz der vollstationären Dauerpflege je 1.000 Einwohner außerhalb der Einrichtungen



Anmerkung: ohne Pflegegrad 1; Inzidenz = Eintritt in die vollstationäre Dauerpflege mit Pflegegrad 2 oder höher, wenn gleichzeitig in den zwölf Monaten zuvor keine vollstationäre Dauerpflege mit Pflegegrad 2 oder höher vorlag

Quelle: BARMER-Daten 2013, 2015, 2017 und 2019, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Nach den Hochrechnungen der BARMER-Daten ist die Gesamtzahl der Eintritte in die Pflegebedürftigkeit in den Jahren 2013 bis 2019 von knapp 669.000 auf knapp 830.000 (Tabelle 2.7) um rund 24 Prozent gestiegen. Im Vergleich dazu fällt die Steigerung der Zahl der Heimeintritte um elf Prozent im Sechsjahreszeitraum relativ gering aus (Tabelle 2.8). In Brandenburg, Bremen und Mecklenburg-Vorpommern ist sogar eine Stagnation oder gar eine Rückläufigkeit zu beobachten. Besondere Anstiege finden sich hingegen in Sachsen, in Hamburg und im Saarland.

Der Anstieg der Heiminzidenz bleibt moderat und entspricht damit den gesetzlichen Zielsetzungen.

Die Inzidenz – also die Zahl der Heimeintritte je 1.000 Einwohner außerhalb der vollstationären Versorgung – bleibt deutschlandweit zwischen den Jahren 2013 und 2017 relativ konstant. Der deutschlandweite Anstieg von 3,5 Promille auf 3,7 Promille resultiert im Wesentlichen aus den deutlichen Anstiegen in Sachsen, Baden-Württemberg, Hamburg und Schleswig-Holstein. In der Summe ist der Anstieg der Heiminzidenz moderat und entspricht damit den gesetzlichen Zielsetzungen.

2.1.5 Beendigung von Pflegebedürftigkeit

Die Beendigung des Leistungsanspruchs gegenüber der Pflegeversicherung kann durch den Tod erfolgen oder dadurch, dass die Voraussetzung für eine Leistungsberechtigung durch eine Rückstufung nicht mehr erfüllt ist. Ein Erlöschen der Leistungsberechtigung durch Rückstufung erfolgt häufig bei jungen Pflegebedürftigen (Rothgang et al., 2017, S. 122). Mit steigendem Alter wird diese Form der Beendigung seltener. Stattdessen steigt die Wahrscheinlichkeit, innerhalb des Folgejahres zu versterben, mit dem Alter rapide an.

Ein weiterer Aspekt, der den Beendigungsgrund mitbestimmt, ist das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit zu Beginn der Pflegebedürftigkeit. Wer schon zu Beginn der Pflegebedürftigkeit schwerstpflegebedürftig (Pflegestufe III) war, ist im Durchschnitt deutlich schneller verstorben als jemand, der zu Beginn nur erheblich pflegebedürftig (Pflegestufe I) war (Rothgang et al., 2016, S. 167).

Vor diesem Hintergrund und in Anbetracht der Tatsache, dass die großen Zuwächse in der Zahl der Pflegebedürftigen im Bereich der geringeren Pflegegrade stattgefunden haben (siehe Kapitel 2.1.1), ist zu erwarten, dass die Zahl der Todesfälle nicht im gleichen Maße steigt wie die der inzidenten Fälle. Entsprechendes findet sich in der Tabelle 2.9. Während sich die Zahl der inzidenten Fälle in den Jahren von 2013 bis 2019 um 24 Prozent erhöht hat, hat sich die Zahl der Beendigungen der Pflegebedürftigkeit durch Tod von rund 504.000 auf rund 576.000 nur um gut 14 Prozent erhöht. Die Zahl der dauerhaften Beendigungen aus anderem Grund stagniert sogar.

Die Zahl der Todesfälle steigt langsamer als die Zahl der Pflegeeintritte.

Bezieht man die Zahl der Todesfälle und der sonstigen Beendigungen der Pflegebedürftigkeit auf die Zahl der Pflegebedürftigen, dann sinkt die jährliche Beendigungswahrscheinlichkeit sogar. Im Jahr 2013 verstarben noch 21,1 Prozent der Pflegebedürftigen innerhalb eines Jahres. Zum Jahr 2019 reduzierte sich die Mortalitätsrate auf 17,3 Prozent. Die Beendigung aus anderem Grund sank von 0,8 Prozent auf 0,6 Prozent (Abbildung 2.11). Die jährliche Austrittswahrscheinlichkeit je Pflegebedürftigen ist somit zurückgegangen. Ursache für diese Entwicklung ist insbesondere die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen mit geringeren Schweregraden. Diese haben im Durchschnitt eine längere Überlebenszeit (Rothgang & Müller, 2019, S. 70).

deutlicher Rückgang des Anteils der Pflegebedürftigen, die innerhalb eines Jahres versterben

Bayern fällt nicht nur durch sehr niedrige Inzidenzen (Kapitel 2.1.4), sondern auch durch höhere Beendigungsraten auf (Abbildung 2.11). Damit lässt sich in Teilen auch die besonders geringe Pflegeprävalenz (Kapitel 2.1.2) in Bayern erklären. Besonders geringe Mortalitätsraten finden sich in Berlin, Brandenburg, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. Eine Verringerung der Mortalitätsrate hat es in allen Bundesländern gegeben. Am deutlichsten fiel diese in Rheinland-Pfalz und im Saarland aus.

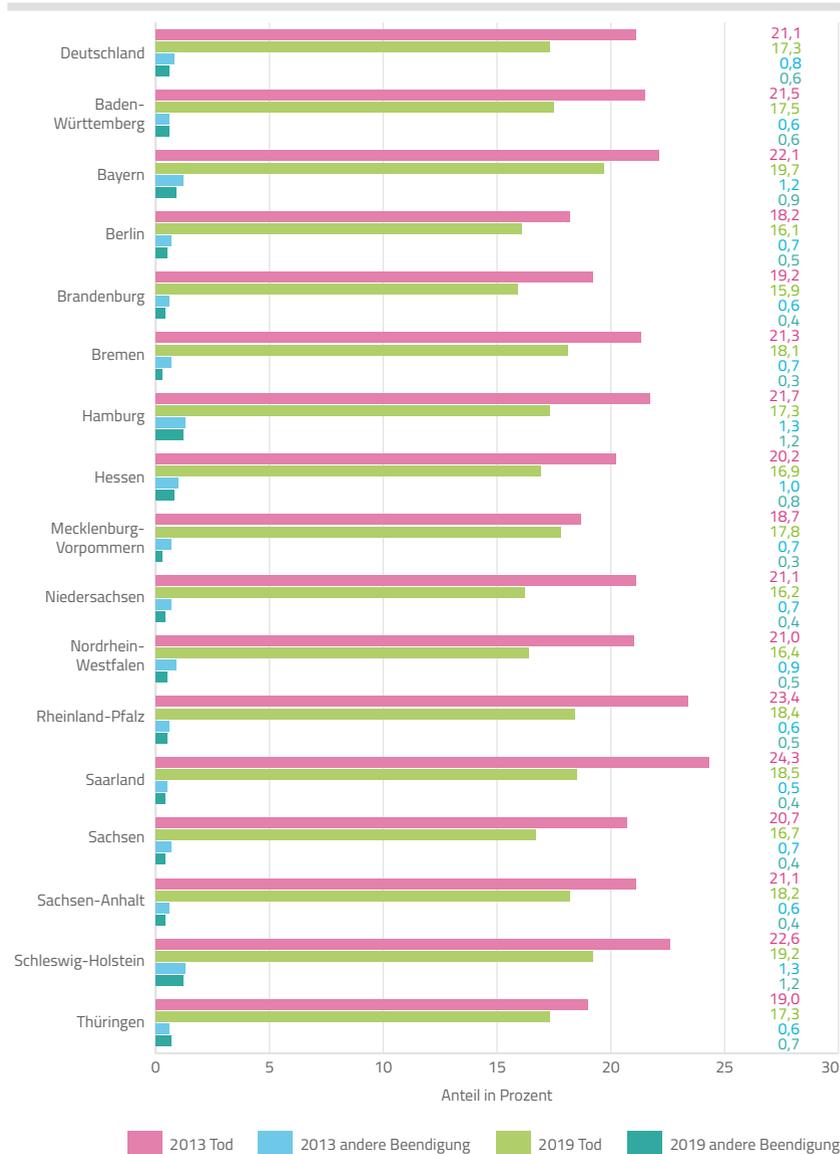
Tabelle 2.9: Zahl der Todesfälle und andere dauerhafte Beendigungen der Pflegebedürftigkeit in den Jahren 2013 und 2019 im Ländervergleich

Land	2013		2019	
	Tod	andere Beendigung	Tod	andere Beendigung
Baden-Württemberg	61.128	1.800	70.308	2.294
Bayern	68.364	3.816	77.664	3.389
Berlin	18.276	708	20.856	682
Brandenburg	15.684	492	17.184	422
Bremen	4.824	156	5.712	86
Hamburg	10.320	612	11.220	806
Hessen	37.572	1.896	42.588	1.987
Mecklenburg-Vorpommern	10.188	384	11.940	230
Niedersachsen	55.608	1.764	61.716	1.536
Nordrhein-Westfalen	116.292	4.944	130.872	3.840
Rheinland-Pfalz	25.848	648	29.712	787
Saarland	7.128	156	7.932	154
Sachsen	25.956	912	32.772	835
Sachsen-Anhalt	15.516	408	16.680	413
Schleswig-Holstein	17.844	1.056	21.372	1.306
Thüringen	13.056	444	17.688	672
Deutschland	503.604	20.196	576.216	19.440

Anmerkung: ohne Pflegegrad 1; dauerhafte Beendigung = In den folgenden zwölf Monaten liegt keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 oder höher vor.

Quelle: BARMER-Daten 2013 und 2019, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Abbildung 2.11: Prozentualer Anteil der Todesfälle oder anderer dauerhafter Beendigungen innerhalb eines Jahres (2013 und 2019)



Anmerkung: ohne Pflegegrad 1; dauerhafte Beendigung = In den folgenden zwölf Monaten liegt keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 oder höher vor.
Quelle: BARMER-Daten 2013 und 2019, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

2.1.6 Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

In der Berichterstattung dieses Reports wurde in der Regel nur Bezug auf die Pflegebedürftigen genommen, die mindestens einen Anspruch auf Pflegegeld haben. Das sind ab dem Jahr 2013 auch die Leistungsberechtigten mit Pflegestufe 0, aber ab dem Jahr 2017 nur diejenigen mit mindestens Pflegegrad 2.

Auch auf Grundlage dieser Definition verzeichnet die Pflegestatistik mit 3,37 Millionen Pflegebedürftigen am Jahresende 2017 den bisher höchsten Stand. Zwei wesentliche Faktoren lassen sich als Gründe für diesen Anstieg anführen: Erstens haben die Reformen in der Pflegeversicherung zu einer Ausweitung der Leistungsberechtigung und der Leistungen geführt. Die Gesetzesänderungen in PfwG und PNG betrafen insbesondere den Zugang und die Leistungen für PEA. Mit der Umstellung auf die Pflegegrade durch die Pflegestärkungsgesetze wurden kognitive Einschränkungen mehr berücksichtigt und unterhalb der bisherigen Leistungsansprüche wurde noch ein Pflegegrad 1 eingeführt. Auch wenn die Personen mit Pflegegrad 1 in diesem Report in der Regel nicht mitgezählt werden, haben diese Personen doch schon Kontakt zur Pflegeversicherung, wodurch der nächste Schritt zur Höherstufungsbegutachtung leichter fällt. Zweitens sind neben den Auswirkungen des Leistungsumfanges und des Leistungszugangs noch die demografischen Entwicklungen zu nennen, die einen Effekt auf die Zahl der Pflegebedürftigen haben. Aufgrund der demografischen Alterung sind immer mehr Menschen in das pflege-relevante Alter vorgerückt. Während die Fallzahlzunahmen bis zum Jahr 2008 fast ausschließlich Umfang der demografischen Alterung zugeschrieben werden konnten, werden sie seitdem vor allem durch die Veränderung im Leistungszugang und im Leistungsangebot angetrieben.

Der mit der Pflegestatistik derzeit abbildbare Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen fiel dabei in den Zweijahresintervallen von 2013 bis 2015 und von 2015 bis 2017 mit jeweils rund 11 Prozent am größten aus und erreichte in einigen Bundesländern sogar Zuwachsraten von mehr als 14 Prozent (Rheinland-Pfalz und Sachsen im Intervall 2013 bis 2015 und Niedersachsen und Thüringen im Intervall 2015 bis 2017). Für das Zweijahresintervall von 2017 bis 2019 lassen sich mit den BARMER-Daten noch aktuellere Entwicklun-

gen aufzeigen. Hier zeigt sich eine Steigerung auf Bundesebene von gut 11 Prozent mit den höchsten Steigerungsraten von über 14 Prozent in Nordrhein-Westfalen und im Saarland.

Die aktuellen Zuwächse bei der Zahl der Pflegebedürftigen sind im Wesentlichen auf die Entwicklungen in den niedrigen Pflegegraden zurückzuführen. Im Zweijahresintervall gibt es in den Pflegegraden 2 und 3 über 12 beziehungsweise über 18 Prozent, während die Zahl mit Pflegegrad 4 nur um knapp 4 Prozent steigt und mit Pflegegrad 5 sogar rückläufig ist. Pflegebedürftige, die mit geringeren Pflegegraden pflegebedürftig werden, haben eine längere Pflegedauer zu erwarten. Da insgesamt der Anteil der inzidenten Fälle mit geringeren Pflegegraden sehr zugenommen hat, wird in Zukunft im Durchschnitt mit immer längeren Pflegedauern zu rechnen sein.

Alle Zahlen sprechen für ein weiteres Wachstum der Zahl der Pflegebedürftigen.

Entsprechend der Steigerung der Fallzahlen mit geringen Pflegegraden entwickeln sich aktuell auch die Anteile der Versorgungsarten. Die wesentlichen Zunahmen finden sich beim Bezug von Pflegegeld (+20 Prozent im Zeitraum von 2017 bis 2019) mit dem Maximum in Hamburg mit fast 26 Prozent und dem Minimum von 10 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern. Die Heimpflege wiederum stagniert oder ist sogar rückläufig. So ist ein größerer Anstieg der Zahl der Pflegeheimbewohner mit rund vier Prozent nur noch in Berlin und Thüringen zu beobachten.

Weitere Gründe für die Wahl der Versorgungsarten liegen auch in der Struktur der familialen Netzwerke (Schneekloth et al., 2017, S. 244), in der individuellen Einkommenssituation (Unger et al., 2015) sowie in der gegebenen Angebotsstruktur (Rothgang et al., 2016, S. 105, 110) im ambulanten und stationären Sektor.

Die Gesamtprävalenz ist von der Bevölkerungsstruktur abhängig. Je höher der Anteil der jungen und gesunden Menschen in einem Bundesland ist, desto geringer ist folglich der Anteil der Pflegebedürftigen. Die großen Zuwanderungsraten junger und gesunder Menschen nach Bayern, Berlin und Hamburg sorgen dort für eine geringere Gesamtpflegeprävalenz. Eine Standardisierung relativiert zwar die Unterschiede, dennoch zeigen sich auch damit höhere Gesamtpflegeprävalenzen in den ostdeutschen Bundesländern.

2.2 Leistungserbringung

Dieses Kapitel gibt einen grundlegenden Überblick über die unterschiedlichen Versorgungsformen der Pflegebedürftigen in Deutschland. Dargestellt wird die Situation der ambulanten Pflegedienste (Kapitel 2.2.1) und der stationären Pflegeeinrichtungen (Kapitel 2.2.2). Die nicht beruflich pflegenden Pflegepersonen werden in Kapitel 2.2.3 behandelt.

2.2.1 Ambulante Pflegedienste

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste (Tabelle 2.10) beläuft sich im Jahr 2017 auf 14.050, wovon sich 65,8 Prozent in privater Trägerschaft befinden. Der größte Anteil der sonstigen Pflegedienste ist in der Regel in freigemeinnütziger Trägerschaft und nur in seltenen Fällen in öffentlicher Trägerschaft. Daher werden diese beiden Trägerschaften hier nicht weiter unterschieden. Zwar gibt es annähernd doppelt so viele private wie freigemeinnützige oder öffentliche Pflegedienste. Wird hingegen die Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen zugrunde gelegt, dominieren die privaten Pflegedienste nur noch leicht (Tabelle 2.11): 51,6 Prozent der durch Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen werden von privaten Pflegediensten versorgt, während 48,4 Prozent von freigemeinnützigen oder öffentlichen Diensten versorgt werden.

Allerdings variiert die Trägerschaft je nach Bundesland. Während in Berlin (78,5 Prozent) und Hamburg (76,0 Prozent) mehr als drei Viertel der Pflegedienste in privater Trägerschaft sind, sind es in Baden-Württemberg „nur“ rund die Hälfte (52,2 Prozent). Entsprechend sind die Anteile der Pflegedienste in freigemeinnütziger oder öffentlicher Trägerschaft in Baden-Württemberg (47,8 Prozent) am höchsten. Auch in Thüringen (42,0 Prozent), Bayern (39,5 Prozent) und Mecklenburg-Vorpommern sind diese Anteile noch fast doppelt so hoch wie in Berlin (21,5 Prozent).

Tabelle 2.10: Ambulante Pflegedienste nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 1999, 2005, 2011 und 2017

Land	1999		2005		2011		2017	
	gesamt Anzahl	davon privat Anteil in Prozent	gesamt Anzahl	davon privat Anteil in Prozent	gesamt Anzahl	davon privat Anteil in Prozent	gesamt Anzahl	davon privat Anteil in Prozent
Baden-Württemberg	845	20,7	974	41,6	1.110	51,5	1.122	52,2
Bayern	1.591	40,7	1.710	50,3	1.829	55,9	1.996	60,5
Berlin	310	61,6	422	72,3	524	75,4	613	78,5
Brandenburg	516	58,7	509	61,9	598	63,2	722	63,3
Bremen	126	63,5	116	59,5	109	65,1	117	65,0
Hamburg	343	74,9	324	75,0	343	77,8	366	76,0
Hessen	860	53,6	802	60,3	1.002	69,6	1.186	74,4
Mecklenburg-Vorpommern	398	54,0	397	53,9	438	57,1	489	60,5
Niedersachsen	926	53,2	1.047	60,7	1.189	65,6	1.312	67,6
Nordrhein-Westfalen	2.205	52,6	2.039	58,2	2.309	63,8	2.823	68,3
Rheinland-Pfalz	411	50,9	372	50,5	446	59,4	516	64,3
Saarland	153	59,5	121	65,3	116	68,1	122	70,5
Sachsen	845	64,6	913	67,7	1.005	70,0	1.121	68,7
Sachsen-Anhalt	481	62,4	467	66,2	521	68,7	613	68,5
Schleswig-Holstein	439	42,8	387	53,2	399	55,9	475	61,5
Thüringen	371	50,9	377	55,7	411	57,7	457	58,0
Deutschland	10.820	50,9	10.977	57,6	12.349	62,9	14.050	65,8

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020a), eigene Berechnungen

Im Vergleich zum Jahr 1999 hat sich die Trägerstruktur bis zum Jahr 2017 erheblich zugunsten der privaten Träger verschoben. Dabei zeigt sich ein stetiger langfristiger Trend: Der Anteil der Pflegedienste in privater Trägerschaft ist von 1999, dem ersten Jahr, in dem die Pflegestatistik erhoben wurde, bis 2017 von 50,9 Prozent auf 65,8 Prozent gestiegen. Nachdem im Jahr 1999 in Baden-Württemberg sogar nur 20,7 Prozent der Pflegedienste in privater Trägerschaft waren, liegen inzwischen in allen Bundesländern die Anteile über 50 Prozent.

Anteil privater Pflegedienste inzwischen in allen Bundesländern über 50 %

Private Pflegedienste sind kleiner.

Die Zahl der Pflegedienste allein ist jedoch wenig aussagekräftig, weil die Größe der Dienste erheblich variiert. Zur Beurteilung des Versorgungspotenzials in den ambulanten Pflegediensten kann auf die Zahl der versorgten Personen oder die Zahl der Beschäftigten zurückgegriffen werden.

Tabelle 2.11: Von ambulanten Pflegediensten betreute Pflegebedürftige nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 1999, 2005, 2011 und 2017

Land	1999		2005		2011		2017	
	gesamt Anzahl	davon privat Anteil in Prozent	gesamt Anzahl	davon privat Anteil in Prozent	gesamt Anzahl	davon privat Anteil in Prozent	gesamt Anzahl	davon privat Anteil in Prozent
Baden-Württemberg	42.408	11,9	46.390	22,8	57.617	29,2	75.303	31,2
Bayern	56.658	23,2	63.907	31,2	73.459	37,5	97.591	41,9
Berlin	18.437	51,1	22.895	61,0	26.398	67,7	34.550	70,5
Brandenburg	15.443	44,0	20.639	49,1	27.892	52,8	38.422	55,7
Bremen	4.545	43,2	5.892	43,6	6.222	50,8	8.210	48,4
Hamburg	11.480	60,9	12.312	66,6	13.513	70,2	18.950	70,7
Hessen	29.506	33,8	31.375	43,6	41.466	54,0	60.501	59,0
Mecklenburg-Vorpommern	8.965	42,3	12.380	51,1	17.186	55,1	26.337	54,8
Niedersachsen	40.421	35,6	51.646	44,5	63.525	49,5	96.524	52,4
Nordrhein-Westfalen	93.916	41,3	98.166	46,9	122.249	51,3	182.043	54,5
Rheinland-Pfalz	17.578	28,7	19.367	28,9	23.284	35,7	35.976	42,6
Saarland	5.249	40,4	5.592	47,1	6.883	50,4	9.871	51,1
Sachsen	29.971	46,8	31.310	54,4	38.085	59,1	60.247	57,8
Sachsen-Anhalt	14.198	46,9	18.348	52,0	22.525	57,4	30.439	60,7
Schleswig-Holstein	14.329	34,7	15.839	42,6	15.964	45,8	26.112	49,8
Thüringen	12.185	38,1	15.485	46,3	19.996	49,3	28.882	48,5
Deutschland	415.289	35,6	471.543	43,1	576.264	48,6	829.958	51,6

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020a), eigene Berechnungen

Von ambulanten Pflegediensten versorgte Pflegebedürftige sind im Bundesdurchschnitt inzwischen mehrheitlich durch private Pflegedienste versorgt. Dieser Anteil ist ebenso kontinuierlich gestiegen wie der Anteil der privaten Pflegedienste – jedoch auf einem niedrigeren Niveau. Im Jahr 1999 waren es 35,6 Prozent der Pflegebedürftigen und im Jahr 2017 waren es 51,6 Prozent (Tabelle 2.11). Allerdings gibt es auch aktuell noch Bundesländer, in denen der Privatanteil deutlich unter 50 Prozent liegt: Baden-Württemberg (31,2 Prozent), Bayern (41,9 Prozent) und Rheinland-Pfalz (42,6 Prozent). Der Privatisierungstrend ist im Vergleich der Jahre 1999 und 2017 in allen Bundesländern zu sehen. In einzelnen Ländern stagnierten die Anteile zuletzt.

Anteil Pflegebedürftiger bei privaten Pflegediensten bundesweit knapp über 50%, auf Landesebene teilweise deutlich unter 50%

Tabelle 2.12: Pflegebedürftige je Pflegedienst nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 1999, 2005, 2011 und 2017

Land	1999		2005		2011		2017	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl		Anzahl	
	gesamt	privat	gesamt	privat	gesamt	privat	gesamt	privat
Baden-Württemberg	50,2	28,7	47,6	26,2	51,9	29,4	67,1	40,1
Bayern	35,6	20,3	37,4	23,2	40,2	27,0	48,9	33,9
Berlin	59,5	49,3	54,3	45,8	50,4	45,3	56,4	50,7
Brandenburg	29,9	22,4	40,5	32,2	46,6	39,0	53,2	46,8
Bremen	36,1	24,5	50,8	37,2	57,1	44,5	70,2	52,3
Hamburg	33,5	27,2	38,0	33,8	39,4	35,5	51,8	48,2
Hessen	34,3	21,7	39,1	28,3	41,4	32,1	51,0	40,4
Mecklenburg-Vorpommern	22,5	17,6	31,2	29,6	39,2	37,9	53,9	48,8
Niedersachsen	43,7	29,2	49,3	36,2	53,4	40,3	73,6	57,0
Nordrhein-Westfalen	42,6	33,5	48,1	38,8	52,9	42,5	64,5	51,5
Rheinland-Pfalz	42,8	24,1	52,1	29,7	52,2	31,3	69,7	46,2
Saarland	34,3	23,3	46,2	33,4	59,3	43,9	80,9	58,6
Sachsen	35,5	25,7	34,3	27,5	37,9	31,9	53,7	45,3
Sachsen-Anhalt	29,5	22,2	39,3	30,9	43,2	36,1	49,7	44,0
Schleswig-Holstein	32,6	26,4	40,9	32,7	40,0	32,8	55,0	44,5
Thüringen	32,8	24,6	41,1	34,1	48,7	41,6	63,2	52,9
Deutschland	38,4	26,9	43,0	32,1	46,7	36,0	59,1	46,3

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020a)

Private Pflegedienste sind im Durchschnitt kleiner und versorgen weniger Pflegebedürftige. Während die durchschnittliche Zahl der versorgten Pflegebedürftigen je Pflegedienst in Deutschland von 1999 bis 2017 von 38,4 auf 59,1 zugenommen hat, stieg diese Zahl bei den privaten Anbietern nur von 26,9 auf 46,3 Pflegebedürftige. Die wenigsten Pflegebedürftigen versorgen im Durchschnitt die Pflegedienste in Bayern (48,9 gesamt und 33,9 privat). Die meisten Pflegebedürftigen versorgen im Durchschnitt die Pflegedienste im Saarland (80,9 gesamt und 58,6 privat) (Tabelle 2.12).

in Ostdeutschland mehr
Vollzeitbeschäftigung

Die Tabelle 2.13 gibt darüber hinaus Auskunft über die jeweiligen Beschäftigungsumfänge. Die Beschäftigungsumfänge unterscheiden sich je nach Bundesland. In Ostdeutschland – inklusive Berlin – liegt die Vollzeitbeschäftigtenquote durchgängig deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Sie reicht von 30,7 Prozent in Sachsen bis 37,5 Prozent in Berlin. In Westdeutschland – ohne Berlin – liegen die Vollzeitbeschäftigtenquoten zwischen 18,0 Prozent in Bremen und 31,4 Prozent in Hessen. Die Teilzeitbeschäftigtenquoten mit über 50 Prozent der Regelarbeitszeit ist in den neuen Bundesländern ebenfalls höher als in den alten Bundesländern. Sie liegen in den neuen Bundesländern zwischen 40,3 Prozent in Berlin und 53,1 Prozent (Sachsen). In den alten Bundesländern liegen die Quoten hingegen zwischen 26,5 Prozent im Saarland und 43,4 Prozent in Bremen. Entsprechend zeigen sich umgekehrte West-Ost-Unterschiede beim Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit einer Arbeitszeit bis zu 50 Prozent der Regelarbeitszeit und den geringfügig Beschäftigten. Insgesamt haben die Beschäftigten in den Pflegediensten im Osten somit durchschnittlich eine längere vertragliche Arbeitszeit als im Westen.

Im Vergleich zum Jahr 1999 (Statistisches Bundesamt, 2002a, S. 9) hat der Anteil der geringfügig Beschäftigten um 3,7 Prozentpunkte abgenommen. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit bis zu 50 Prozent der Regelarbeitszeit hat um 1,3 Prozentpunkte abgenommen und der Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit mehr als 50 Prozent der Regelarbeitszeit um 9,9 Prozentpunkte zugenommen. Abgenommen hat hingegen der Anteil der Vollzeitbeschäftigten – und zwar um 2,9 Prozentpunkte. Im Jahr 1999 waren noch 4,0 Prozent der Beschäftigten als Zivildienstleistende tätig. Der Zivildienst ist in der Zwischenzeit entfallen, stattdessen gibt es den Bundesfreiwilligendienst. Die Zahl der Beschäftigten im freiwilligen sozialen Jahr oder im Bundesfreiwilligendienst lag im Jahr

2017 aber gerade einmal bei 434. Das entspricht 0,1 Prozent der Beschäftigten. Der Anteil der sonstigen Beschäftigten von 3,4 Prozent bezieht sich somit fast durchweg auf Praktikanten, Schüler und Auszubildende. Der Anteil der sonstigen Beschäftigungsverhältnisse lag im Jahr 1999 inklusive der Zivildienstleistenden noch bei 5,3 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2002a, S. 9). Insgesamt zeigt sich also eine Ausweitung der individuellen vertraglichen Arbeitszeit und eine Ausweitung des Ausbildungsgeschehens.

Tabelle 2.13: Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2017

Land	insgesamt Anzahl	Vollzeit	Teilzeit			Sonstige*	Vollzeit- äquiva- lente Anzahl
			über 50 Pro- zent	bis 50 Pro- zent, nicht geringfügig	gering- fügig		
Anteil davon in Prozent							
Baden-Württemberg	34.687	19,2	29,8	24,7	22,9	3,3	20.891
Bayern	52.458	25,2	31,4	17,9	23,8	1,7	33.379
Berlin	22.308	37,5	40,3	8,3	12,2	1,7	16.813
Brandenburg	17.574	34,8	50,8	5,1	7,5	1,9	13.702
Bremen	4.678	18,0	43,4	11,5	24,5	2,7	2.960
Hamburg	11.217	29,5	32,4	12,0	23,1	3,0	7.462
Hessen	28.678	31,4	30,0	16,2	20,1	2,3	19.326
Mecklenburg-Vorpommern	11.199	35,6	51,2	5,5	5,9	1,8	8.840
Niedersachsen	40.713	20,9	40,3	16,7	19,2	2,9	26.452
Nordrhein-Westfalen	83.864	28,7	30,6	14,8	20,0	5,9	55.617
Rheinland-Pfalz	15.342	29,4	28,1	18,3	19,3	5,0	10.134
Saarland	3.862	27,3	26,5	18,5	21,1	6,6	2.477
Sachsen	26.774	30,7	53,1	6,1	6,5	3,6	20.548
Sachsen-Anhalt	12.195	37,4	50,0	5,9	4,8	1,9	9.722
Schleswig-Holstein	12.831	22,6	38,6	17,6	19,1	2,1	8.381
Thüringen	11.942	36,5	47,3	6,4	6,3	3,5	9.336
Deutschland	390.322	28,1	36,6	14,4	17,6	3,4	266.041

* Unter Sonstige fallen Praktikanten, Schüler, Auszubildende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr, Helfer im Bundesfreiwilligendienst, vormals auch Zivildienstleistende.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020h), eigene Berechnungen

Um die Arbeitskapazitäten insgesamt bemessen zu können, wird in der Tabelle 2.13 zusätzlich die Zahl der Vollzeitäquivalente ausgewiesen, die sich aus der Zahl der Beschäftigten gewichtet mit der Arbeitszeit der Beschäftigten ergibt. Die in Ostdeutschland höheren Arbeitszeiten führen deshalb auch zu höheren Vollzeitäquivalenten je beschäftigte Person.

Tabelle 2.14: Personal der ambulanten Pflegedienste nach hauptsächlichem Tätigkeitsbereich im Jahr 2017

Land	insgesamt Anzahl	Pflege- dienstlei- tung	körper- bezogene Pflege	Betreuung (§ 36 Absatz 2 Satz 3 SGB XI)	Hilfen bei der Haushalts- führung	Verwaltung, Geschäfts- führung	sonstiger Bereich
Baden-Württemberg	34.687	4,6	62,2	3,4	20,9	4,5	4,4
Bayern	52.458	5,0	70,1	3,8	11,2	4,5	5,4
Berlin	22.308	5,1	71,3	2,3	8,1	6,4	6,8
Brandenburg	17.574	5,5	72,9	3,2	6,9	4,4	7,2
Bremen	4.678	4,7	63,6	3,9	13,4	5,4	8,9
Hamburg	11.217	5,1	65,8	1,9	17,3	5,6	4,4
Hessen	28.678	5,0	68,0	5,2	13,3	5,2	3,3
Mecklenburg- Vorpommern	11.199	5,5	74,7	3,1	7,8	4,0	4,8
Niedersachsen	40.713	4,7	68,0	3,5	14,1	4,3	5,4
Nordrhein- Westfalen	83.864	4,8	67,9	4,2	13,2	4,2	5,7
Rheinland-Pfalz	15.342	4,7	66,5	3,7	16,9	4,5	3,7
Saarland	3.862	4,5	63,4	4,0	18,8	4,6	4,7
Sachsen	26.774	6,1	71,3	4,0	9,2	5,1	4,4
Sachsen-Anhalt	12.195	6,8	73,1	3,7	8,4	4,7	3,3
Schleswig-Holstein	12.831	5,5	66,5	5,2	11,4	5,0	6,4
Thüringen	11.942	5,5	73,7	4,7	8,5	4,0	3,5
Deutschland	390.322	5,1	68,6	3,8	12,7	4,7	5,1

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020g)

Im Jahr 2017 waren 390.322 Menschen in den ambulanten Pflegediensten beschäftigt (Tabelle 2.14). Diese Beschäftigungsverhältnisse umfassen sowohl die Pflegedienstleistung (19.819) und die körperbezogene Pflege (267.849) als auch die häusliche Betreuung (14.898), Hilfen bei der Haushaltsführung (49.518), Verwaltung und Geschäftsführung (18.154) sowie sonstige Bereiche (20.084) (Statistisches Bundesamt, 2020g). Anteilig ist damit die körperbezogene Pflege der Haupttätigkeitsbereich (68,6 Prozent), gefolgt von den Hilfen bei der Haushaltsführung (12,7 Prozent) (Tabelle 2.14). Die körperbezogene Pflege ist vor allem in den ostdeutschen Bundesländern besonders dominant. Hier liegen die Anteile zwischen 71,3 Prozent in Sachsen und Berlin und 74,7 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern. Hilfen bei der Haushaltsführung ist ein besonders häufiger Tätigkeitsbereich in Baden-Württemberg (20,9 Prozent) und im Saarland (18,8 Prozent).

überwiegender Tätigkeitsbereich: körperbezogene Pflege – insbesondere in Ostdeutschland

Neben den Pflegebedürftigen werden von den ambulanten Pflegediensten auch Patienten in der häuslichen Krankenpflege versorgt. Für die Darstellung eines Verhältnisses von Pflegepersonal zu Pflegebedürftigen ist daher der Arbeitsanteil der Pflegekräfte im Bereich der Langzeitpflege zu berücksichtigen (Tabelle 2.15). Zum Jahresende 2017 waren bei den ambulanten Pflegediensten in Deutschland 80.081 Pflegefachkräfte und 63.011 Pflegehilfskräfte beschäftigt. Je 100 durch Pflegedienste versorgte pflegebedürftige Personen wären das 22 Pflegefachkräfte und acht Pflegehilfskräfte. Bezieht man aber nur den Arbeitsanteil für die Langzeitpflege ein, dann ändern sich die Verhältniszahlen auf zehn Pflegefachkräfte und vier Pflegehilfskräfte je 100 durch Pflegedienste versorgte Pflegebedürftige. Die Verhältniszahl schwankt bei den Fachkräften zwischen acht (Brandenburg, Bremen, Niedersachsen) und zwölf (Sachsen-Anhalt). Bei den Hilfskräften sind deutlich größere Schwankungen zu beobachten. Die geringsten Quoten finden sich mit zwei Hilfskräften je 100 Pflegebedürftige in Baden-Württemberg und im Saarland und die höchsten Quoten mit 9 und 14 in Brandenburg und Berlin.

besonders in Berlin und Brandenburg viel Unterstützung durch Pflegehilfskräfte

Tabelle 2.15: Pflegepersonal der ambulanten Pflegedienste nach Zuständigkeit und im Vergleich zur Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2017

Land	Pflegefachkräfte				Pflegehilfskräfte			
	Anzahl		je 100 Pflegebedürftige		Anzahl		je 100 Pflegebedürftige	
	gesamt	Vollzeitäquivalente gewichtet mit dem Arbeitsanteil nach SGB XI	gesamt	Vollzeitäquivalente gewichtet mit dem Arbeitsanteil nach SGB XI	gesamt	Vollzeitäquivalente gewichtet mit dem Arbeitsanteil nach SGB XI	gesamt	Vollzeitäquivalente gewichtet mit dem Arbeitsanteil nach SGB XI
Baden-Württemberg	18.437	7.851	24	10	2.538	1.181	3	2
Bayern	27.299	10.455	28	11	8.421	4.497	9	5
Berlin	7.107	3.030	21	9	6.930	4.871	20	14
Brandenburg	6.851	3.154	18	8	5.364	3.580	14	9
Bremen	1.713	680	21	8	880	465	11	6
Hamburg	4.413	2.077	23	11	1.712	982	9	5
Hessen	11.847	5.556	20	9	4.134	2.222	7	4
Mecklenburg-Vorpommern	4.836	2.557	18	10	2.241	1.505	9	6
Niedersachsen	18.246	7.398	19	8	6.658	3.596	7	4
Nordrhein-Westfalen	38.904	17.097	21	9	12.326	6.361	7	3
Rheinland-Pfalz	7.854	3.685	22	10	2.323	1.250	6	3
Saarland	1.858	853	19	9	390	221	4	2
Sachsen	13.159	6.551	22	11	3.356	2.170	6	4
Sachsen-Anhalt	6.513	3.684	21	12	1.823	1.216	6	4
Schleswig-Holstein	5.666	2.537	22	10	2.573	1.349	10	5
Thüringen	5.363	2.916	19	10	1.342	868	5	3
Deutschland	180.066	80.081	22	10	63.011	36.330	8	4

Quelle: FDZ-StaBu (2020), eigene Berechnungen

2.2.2 Stationäre Einrichtungen

Als stationäre Pflegeeinrichtungen sind in der Pflegestatistik alle Einrichtungen erfasst, die Dauer-, Kurzzeit-, Tages- und/oder Nachtpflege anbieten. Von den 14.480 stationären Einrichtungen bieten 9.111 ausschließlich Dauerpflege, 148 ausschließlich Kurzzeitpflege und 3.056 ausschließlich Tagespflege an. In den verbleibenden 2.165 Einrichtungen gibt es verschiedene Kombinationen in der Angebotsstruktur. In privater Trägerschaft befinden sich 6.167 (42,2 Prozent) Einrichtungen. In freigemeinnütziger Trägerschaft sind es 7.631 (53,0 Prozent) der stationären Einrichtungen. Nur 682 (4,7 Prozent) Pflegeeinrichtungen befinden sich in öffentlicher Trägerschaft und sind damit relativ selten (Statistisches Bundesamt, 2020). Daher werden auch hier die freigemeinnützigen und öffentlichen Häuser nicht separat betrachtet.

Im Vergleich zum Jahr 1999 hat der Anteil der Einrichtungen in privater Trägerschaft zugenommen (+7,7 Prozentpunkte) (Tabelle 2.16). Anders als bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen (siehe Kapitel 2.2.1) sind freigemeinnützige und öffentliche Träger im stationären Bereich aber noch häufiger als private.

Die Trägerschaft variiert zum Teil stark nach Bundesland (Tabelle 2.16). Während sich beispielsweise in Schleswig-Holstein (66,0 Prozent) und Niedersachsen (60,3 Prozent) die Mehrzahl der Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft befindet, ist es in Baden-Württemberg (30,7 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (34,5 Prozent) nur rund ein Drittel.

Tendenziell ist die Entwicklung der Anteile privater Träger in den meisten Bundesländern übereinstimmend. Die Ausnahme bildet insbesondere Baden-Württemberg. In diesem Bundesland ist der Anteil der Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft im Beobachtungszeitraum (1999 bis 2017) von 32,2 Prozent auf 30,7 Prozent zurückgegangen (Tabelle 2.16). Insgesamt dominieren die privaten Träger im Norden und die freigemeinnützigen im Süden, Westen und Osten, während die öffentlichen Träger nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Tabelle 2.16: Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 1999, 2005, 2011 und 2017

Land	1999		2005		2011		2017	
	gesamt Anzahl	davon privat Anteil in Prozent	gesamt Anzahl	davon privat Anteil in Prozent	gesamt Anzahl	davon privat Anteil in Prozent	gesamt Anzahl	davon privat Anteil in Prozent
Baden-Württemberg	956	32,2	1.228	34,8	1.543	31,8	1.777	30,7
Bayern	1.262	26,9	1.544	30,2	1.704	33,9	1.885	36,3
Berlin	316	35,4	350	42,3	376	48,7	391	48,8
Brandenburg	261	20,7	320	28,4	400	30,5	523	35,4
Bremen	71	28,2	86	0,0	99	0,0	146	37,7
Hamburg	164	31,1	179	30,2	188	50,5	201	53,2
Hessen	614	42,7	649	45,9	783	46,0	905	48,4
Mecklenburg-Vorpommern	181	*	245	18,4	332	30,4	446	*
Niedersachsen	1.163	55,5	1.348	59,1	1.667	58,9	1.873	60,3
Nordrhein-Westfalen	1.874	26,8	2.008	27,9	2.325	31,3	2.824	34,5
Rheinland-Pfalz	390	37,2	421	36,1	472	39,2	539	40,8
Saarland	110	*	130	*	147	*	180	*
Sachsen	439	23,0	648	35,0	804	38,8	970	44,2
Sachsen-Anhalt	260	30,8	365	36,4	471	42,9	633	48,8
Schleswig-Holstein	579	63,2	626	67,3	664	67,0	692	66,0
Thüringen	219	21,5	277	28,9	379	33,0	495	39,4
Deutschland	8.859	34,9	10.424	38,1	12.354	40,5	14.480	42,6

Anmerkung: vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege

* fehlende Angaben

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020m), eigene Berechnungen

Die Kapazitäten in der stationären Versorgung können über die Zahl der Pflegeplätze erfasst werden. Insgesamt weist die Pflegestatistik 952.367 Plätze in stationären Einrichtungen für das Jahresende 2017 aus (Tabelle 2.17). Von diesen finden sich 93,0 Prozent in vollstationärer Pflege (Dauerpflege oder Kurzzeitpflege). Der Rest der stationären Pflegeplätze ist der Tages- beziehungsweise Nachtpflege zuzuordnen. Der Anteil dieser teilstationären Pflegeplätze ist kontinuierlich von 2,2 Prozent im Jahr 1999 auf nun 7,0 Prozent im Jahr 2017 gestiegen. Der Anteil teilstationärer Pflegeplätze ist dabei in Mecklenburg-Vorpommern mit 15,3 Prozent am höchsten.

Tabelle 2.17: Pflegeplätze in stationären Pflegeeinrichtungen und Anteil vollstationärer Plätze (Dauerpflege plus Kurzzeitpflege) in den Bundesländern in den Jahren 1999, 2005, 2011 und 2017

Land	1999		2005		2011		2017	
	gesamt Anzahl	vollstationär Anteil in Prozent						
Baden-Württemberg	71.907	97,2	86.587	96,3	103.745	95,4	110.245	93,3
Bayern	92.000	98,4	114.660	98,1	128.922	97,1	136.149	94,3
Berlin	26.755	97,7	30.599	96,9	33.850	95,9	35.103	94,8
Brandenburg	18.541	95,6	21.540	94,7	26.147	92,1	29.777	87,5
Bremen	4.873	97,2	6.167	96,8	7.319	94,2	7.571	89,9
Hamburg	14.922	99,0	15.479	98,2	18.611	96,5	18.567	94,0
Hessen	42.564	97,6	47.561	97,5	56.454	96,3	64.730	94,7
Mecklenburg-Vorpommern	14.515	98,7	16.528	96,9	20.278	92,1	23.575	84,7
Niedersachsen	69.867	98,5	86.083	98,7	102.043	95,4	113.492	91,7
Nordrhein-Westfalen	147.627	97,7	161.083	97,8	179.470	96,9	191.147	93,1
Rheinland-Pfalz	31.095	97,5	35.669	97,2	41.516	96,3	45.472	93,7
Saarland	9.037	95,0	11.094	96,5	12.054	96,2	13.625	93,4
Sachsen	34.467	97,0	43.413	96,3	50.492	93,1	58.201	89,3
Sachsen-Anhalt	19.620	98,3	23.773	98,0	29.349	96,9	34.391	90,0
Schleswig-Holstein	31.688	99,1	37.105	98,3	40.496	97,7	40.936	93,6
Thüringen	15.978	95,9	19.845	95,6	24.803	93,4	29.386	90,2
Deutschland	645.456	97,8	757.186	97,4	875.549	96,1	952.367	93,0

Anmerkung: vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege
Quelle: Statistisches Bundesamt (2020m), eigene Berechnungen

Mit der Zahl der stationären Pflegeeinrichtungen und der Zahl der Pflegeplätze ist auch die Zahl der durch sie versorgten Pflegebedürftigen gestiegen. Im Jahr 1999 sind 573.211 Pflegebedürftige stationär versorgt worden und im Jahr 2017 waren es schon 912.586 Pflegebedürftige (Tabelle 2.18). Berücksichtigt sind dabei sowohl Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege sowie Pflegebedürftige in Kurzzeitpflege oder teilstationärer Pflege. Die Zunahme der stationären Versorgung beruht überwiegend auf der Zunahme der teilstationären Versorgung (Statistisches Bundesamt, 2018c, 2020).

Tabelle 2.18: Von stationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige in den Bundesländern in den Jahren 1999, 2005, 2011 und 2017

Land	1999 Anzahl		2005 Anzahl		2011 Anzahl		2017 Anzahl	
	gesamt	je Ein- richtung						
Baden-Württemberg	65.548	68,6	78.305	63,8	93.135	60,4	106.323	59,8
Bayern	82.434	65,3	100.901	65,4	109.835	64,5	123.360	65,4
Berlin	23.629	74,8	26.814	76,6	28.902	76,9	31.906	81,6
Brandenburg	15.676	60,1	20.068	62,7	25.156	62,9	30.098	57,5
Bremen	4.659	65,6	5.715	66,5	6.806	68,7	6.952	47,6
Hamburg	13.540	82,6	13.717	76,6	15.699	83,5	17.492	87,0
Hessen	37.425	61,0	42.422	65,4	50.851	64,9	60.428	66,8
Mecklenburg-Vorpommern	12.792	70,7	15.389	62,8	20.130	60,6	23.850	53,5
Niedersachsen	61.258	52,7	75.814	56,2	91.556	54,9	110.976	59,3
Nordrhein-Westfalen	133.352	71,2	147.779	73,6	167.542	72,1	190.669	67,5
Rheinland-Pfalz	25.328	64,9	28.998	68,9	32.758	69,4	39.853	73,9
Saarland	7.457	67,8	8.920	68,6	10.407	70,8	12.611	70,1
Sachsen	30.752	70,1	39.921	61,6	48.712	60,6	57.427	59,2
Sachsen-Anhalt	17.608	67,7	22.315	61,1	27.925	59,3	33.285	52,6
Schleswig-Holstein	27.506	47,5	30.978	49,5	33.678	50,7	38.220	55,2
Thüringen	14.247	65,1	18.526	66,9	23.828	62,9	29.136	58,9
Deutschland	573.211	64,7	676.582	64,9	786.920	63,7	912.586	63,0

Anmerkung: vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege
Quelle: Statistisches Bundesamt (2018c, 2020)), eigene Berechnungen

Die im Durchschnitt größten stationären Einrichtungen in dem Sinne, dass dort die meisten Pflegebedürftigen versorgt werden, gibt es in den Stadtstaaten Hamburg und Berlin mit jeweils über 80 Pflegebedürftigen je Einrichtung. Die durchschnittlich kleinsten Einrichtungen gemessen an der Zahl der Pflegebedürftigen gibt es in Bremen und Sachsen-Anhalt mit jeweils um die 50 Pflegebedürftigen je Einrichtung. Deutschlandweit hat sich die durchschnittliche Zahl der Pflegebedürftigen je Einrichtung kaum verändert. Sie lag im Jahr 2017 bei 63,0 Pflegebedürftigen je Einrichtung. In den einzelnen Bundesländern ist diese Konstanz allerdings nicht durchgängig gegeben. Beispielsweise in

Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein stieg die Zahl der Pflegebedürftigen je Einrichtung, während sie beispielsweise in Sachsen-Anhalt und Bremen deutlich zurückging (Tabelle 2.18).

Tabelle 2.19: Personal in stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2017

Land	insgesamt Anzahl	Vollzeit	Teilzeit			Sonstige	Vollzeit-äquivalente Anzahl
			über 50 Prozent	bis 50 Prozent, nicht geringfügig	geringfügig		
Anteil davon in Prozent							Anzahl
Baden-Württemberg	99.536	27,0	34,6	18,4	10,1	9,9	68.916
Bayern	106.757	33,8	38,9	13,9	7,4	6,1	79.230
Berlin	22.511	40,7	42,0	6,1	5,3	6,0	17.864
Brandenburg	19.814	27,5	57,5	5,4	4,0	5,6	15.267
Bremen	6.754	23,3	49,2	10,4	9,8	7,2	4.811
Hamburg	14.176	39,0	36,0	7,4	9,7	7,9	10.770
Hessen	51.442	32,7	35,0	15,0	9,5	7,8	37.152
Mecklenburg-Vorpommern	15.563	23,4	61,9	6,2	3,3	5,2	11.881
Niedersachsen	90.531	27,7	41,2	14,4	10,5	6,2	64.250
Nordrhein-Westfalen	175.888	25,0	37,5	18,8	9,3	9,4	121.483
Rheinland-Pfalz	34.929	30,3	32,9	18,5	8,8	9,5	24.688
Saarland	10.689	42,5	24,5	14,1	6,7	12,2	8.103
Sachsen	41.311	21,6	63,1	6,1	3,0	6,2	31.319
Sachsen-Anhalt	22.630	28,8	58,4	5,6	2,6	4,6	17.698
Schleswig-Holstein	31.597	34,9	37,5	12,5	9,4	5,6	23.386
Thüringen	20.520	25,3	58,5	6,3	3,7	6,2	15.654
Deutschland	764.648	28,9	41,0	14,3	8,2	7,7	552.470

Anmerkung: vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege
Quelle: Statistisches Bundesamt (2020h), eigene Berechnungen

Im Jahr 2017 waren 764.648 Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt (Tabelle 2.19). Damit liegt die Beschäftigtenzahl bundesweit um 73 Prozent höher als im Jahr 1999 (Statistisches Bundesamt, 2002b, S. 10). Von den Beschäftigten im Jahr 2017 waren 28,9 Prozent vollzeitbeschäftigt, 41,0 Prozent teilzeitbeschäftigt mit über

50 Prozent der Regelarbeitszeit, 14,3 Prozent teilzeitbeschäftigt mit bis zu 50 Prozent der Regelarbeitszeit und 8,2 Prozent geringfügig beschäftigt. Weitere 7,7 Prozent setzen sich aus Praktikanten, Schülern und Auszubildenden, Helfern im freiwilligen sozialen Jahr oder Helfern im Bundesfreiwilligendienst zusammen (Tabelle 2.19).

Im Vergleich zum Jahr 1999 (Statistisches Bundesamt, 2002b, S. 10) ist der Anteil der Vollzeitbeschäftigten deutlich von 48,0 Prozent um 11,3 Prozentpunkte auf 28,7 Prozent zurückgegangen. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten hat dagegen zugenommen. Teilzeitbeschäftigung mit einer Arbeitszeit von über 50 Prozent der Regelarbeitszeit ist um 18,1 Prozentpunkte und mit einer Arbeitszeit bis 50 Prozent der Regelarbeitszeit um 1,9 Prozentpunkte gestiegen. Der Anteil der geringfügig Beschäftigten lag im Jahr 1999 bei 9,7 Prozent und damit auf einem ähnlichen Niveau wie aktuell. Der Anteil der sonstigen Beschäftigten lag mit 7,0 Prozent ebenfalls auf einem ähnlichen Niveau wie heute. Insgesamt hat sich also die individuelle vertragliche Arbeitszeit reduziert. Damit zeigt sich in den stationären Einrichtungen ein den ambulanten Einrichtungen entgegengesetzter Trend (Kapitel 2.2.1).

hohe Zahl an Arbeits-
stunden eher in Ost-
deutschland – aber nicht
unbedingt in Vollzeit

In den neuen Bundesländern liegt die Vollzeitbeschäftigtenquote durchgängig unter dem Bundesdurchschnitt von 28,9 Prozent und beträgt in Sachsen sogar nur 21,6 Prozent. In den alten Bundesländern liegen Bremen (23,3 Prozent), Nordrhein-Westfalen (25,0 Prozent), Baden-Württemberg (27,0 Prozent) und Niedersachsen (27,7 Prozent) unter dem Bundesdurchschnitt. Die Teilzeitbeschäftigtenquoten mit über 50 Prozent der Regelarbeitszeit liegen dagegen in den neuen Bundesländern zwischen 57,5 Prozent (Brandenburg) und 63,1 Prozent (Sachsen) und damit höher als in Westdeutschland, während sie in den alten Bundesländern zum Teil sogar über 30 Prozentpunkte niedriger liegen (zum Beispiel im Saarland mit 24,5 Prozent). Deutliche West-Ost-Unterschiede zeigen sich auch bei Teilzeitbeschäftigten mit bis zu 50 Prozent der Regelarbeitszeit und den geringfügig Beschäftigten. Hier liegen die Anteile in den neuen Bundesländern deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Darüber hinaus sind im Saarland (12,2 Prozent), in Baden-Württemberg (9,9 Prozent), in Nordrhein-Westfalen (9,4 Prozent) und in Rheinland-Pfalz (9,5 Prozent) auffallend viele sonstige Beschäftigungsverhältnisse erfasst, hinter denen sich überwiegend Praktikanten, Schüler oder Auszubildende verbergen. In Ostdeutschland findet somit eine Konzentration der Arbeitszeit auf Teilzeitbeschäftigung mit über

50 Prozent der Regelarbeitszeit statt. Pro erwerbstätige Person ergeben sich so in Ostdeutschland mehr Arbeitsstunden, was durch die Vollzeitäquivalente ausgedrückt wird. Das Verhältnis der Vollzeitäquivalente zu den Beschäftigten beträgt bundesweit 72,3 Prozent. Das heißt, die vertraglich festgelegte Arbeitszeit der beschäftigten Personen liegt im Durchschnitt bei 72,3 Prozent der Regelarbeitszeit. In Baden-Württemberg liegt dieser Wert unterdurchschnittlich bei 69,2 Prozent und in Sachsen überdurchschnittlich bei 75,8 Prozent.

Tabelle 2.20: Personal in stationären Pflegeeinrichtungen nach Tätigkeitsbereich im Jahr 2017

Land	insgesamt Anzahl	Verwaltung, Geschäfts- führung	körperbezo- gene Pflege	Betreuung und zusätzli- che Betreu- ung	Hauswirt- schaftsbe- reich	haustechni- scher und sonstiger Bereich	davon in Prozent
Baden-Württemberg	99.536	5,2	61,7	12,0	16,7	4,4	
Bayern	106.757	5,3	61,3	12,3	17,0	4,2	
Berlin	22.511	6,6	65,6	12,0	11,1	4,8	
Brandenburg	19.814	6,1	64,2	14,2	9,7	5,7	
Bremen	6.754	8,2	56,1	13,4	18,3	4,1	
Hamburg	14.176	5,8	62,4	12,1	15,5	4,3	
Hessen	51.442	5,6	60,8	12,4	16,7	4,5	
Mecklenburg-Vorpommern	15.563	5,8	64,6	15,1	10,9	3,5	
Niedersachsen	90.531	5,7	57,8	12,6	18,9	5,0	
Nordrhein-Westfalen	175.888	5,2	61,4	12,7	16,5	4,2	
Rheinland-Pfalz	34.929	5,9	60,1	12,4	16,7	4,9	
Saarland	10.689	6,0	61,7	12,2	14,5	5,5	
Sachsen	41.311	5,3	64,2	13,6	12,5	4,5	
Sachsen-Anhalt	22.630	5,8	65,9	13,5	10,2	4,5	
Schleswig-Holstein	31.597	6,0	58,1	13,1	17,7	5,1	
Thüringen	20.520	5,4	65,9	14,1	10,0	4,5	
Deutschland	764.648	5,5	61,4	12,7	15,9	4,5	

Anmerkung: vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege
Quelle: Statistisches Bundesamt (2020)

Von den 764.648 Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2017 waren 5,5 Prozent überwiegend in der Verwaltung oder Geschäftsführung tätig. Körperbezogene Pflege (61,4 Prozent), Betreuung (12,7 Prozent) und Tätigkeiten im hauswirtschaftlichen Bereich (15,9 Prozent) sind die häufigeren Tätigkeitsfelder. Haustechnische und sonstige Tätigkeitsbereiche werden noch überwiegend von 4,5 Prozent der Beschäftigten besetzt (Tabelle 2.20). Überdurchschnittlich ist der Anteil körperbezogener Pflege vor allem in den ostdeutschen Bundesländern. Hier liegen die Anteile zwischen 64,2 Prozent in Sachsen und Brandenburg und 65,9 Prozent in Sachsen-Anhalt und Thüringen. In Bremen (56,1 Prozent) und Niedersachsen (57,8 Prozent) sind die Anteile hingegen deutlich unterdurchschnittlich. Die Anteile der Beschäftigten, für die die Betreuung die hauptsächliche Tätigkeit ist, ist ebenfalls in den ostdeutschen Bundesländern am höchsten. Der Hauswirtschaftsbereich ist hingegen in den westdeutschen Bundesländern überrepräsentiert.

viel Unterstützung durch
Pflegehilfskräfte in Berlin,
schlechtere Versorgungslage in Sachsen

Um Möglichkeiten der pflegerischen Versorgung zu bewerten, empfiehlt sich ein Vergleich der Pflegekräfte mit der Zahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen. Wesentlich für die Pflege sind die Pflegefachkräfte und die Pflegehilfskräfte. Im Jahr 2017 waren 221.715 Pflegefachkräfte und 136.718 Pflegehilfskräfte in stationären Einrichtungen beschäftigt (Tabelle 2.21). Das sind 27 beziehungsweise 17 Beschäftigte je 100 versorgte Pflegebedürftige. Werden die Beschäftigten nur nach ihrer vertraglichen Arbeitszeit und dem Arbeitsanteil im Rahmen der Versorgung nach dem SGB XI betrachtet, ergeben sich nur noch 22 beziehungsweise 12 Vollzeitäquivalente je 100 versorgte Pflegebedürftige. Dabei schwanken die Relationen von 19 vollzeitäquivalenten Pflegefachkräften in Brandenburg und Sachsen bis 24 in Nordrhein-Westfalen. Die Schwankungen bei den Pflegehilfskräften ist deutlich ausgeprägter. Der Minimalwert findet sich mit 7 in Thüringen und der Maximalwert mit 18 in Berlin. In Sachsen zeigt sich mit 19 vollzeitäquivalenten Pflegefachkräften und 8 vollzeitäquivalenten Pflegehilfskräften die schlechteste Versorgungslage, während in Schleswig-Holstein und Brandenburg die geringere Anzahl an Pflegefachkräften durch eine überdurchschnittliche Zahl an Pflegehilfskräften kompensiert wird.

Tabelle 2.21: Pflegepersonal in stationären Pflegeeinrichtungen nach Qualifikation und im Vergleich zur Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2017

	Pflegefachkräfte				Pflegehilfskräfte			
	Anzahl		je 100 Pflegebedürftige		Anzahl		je 100 Pflegebedürftige	
	gesamt	Vollzeitäquivalente gewichtet mit dem Arbeitsanteil nach SGB XI	gesamt	Vollzeitäquivalente gewichtet mit dem Arbeitsanteil nach SGB XI	gesamt	Vollzeitäquivalente gewichtet mit dem Arbeitsanteil nach SGB XI	gesamt	Vollzeitäquivalente gewichtet mit dem Arbeitsanteil nach SGB XI
Baden-Württemberg	29.755	22.124	31	23	12.956	8.248	14	9
Bayern	32.017	25.648	28	23	22.286	16.093	20	14
Berlin	6.860	5.967	24	21	6.547	5.222	23	18
Brandenburg	5.475	4.690	22	19	4.955	3.770	20	15
Bremen	1.733	1.303	29	22	1.285	841	22	14
Hamburg	4.191	3.381	26	21	2.697	2.002	17	12
Hessen	14.133	11.050	26	20	8.629	6.088	16	11
Mecklenburg-Vorpommern	4.778	3.856	25	20	2.554	1.786	13	9
Niedersachsen	24.087	18.840	25	20	16.359	10.827	17	11
Nordrhein-Westfalen	50.960	40.980	30	24	30.596	20.843	18	12
Rheinland-Pfalz	9.615	7.436	26	20	5.673	3.733	16	10
Saarland	3.094	2.562	27	23	1.909	1.403	17	12
Sachsen	12.333	9.736	24	19	5.905	4.096	12	8
Sachsen-Anhalt	7.396	6.101	25	21	4.458	3.243	15	11
Schleswig-Holstein	8.778	6.908	25	20	7.243	5.087	21	15
Thüringen	6.510	5.309	26	21	2.666	1.835	11	7
Deutschland	221.715	175.890	27	22	136.718	95.118	17	12

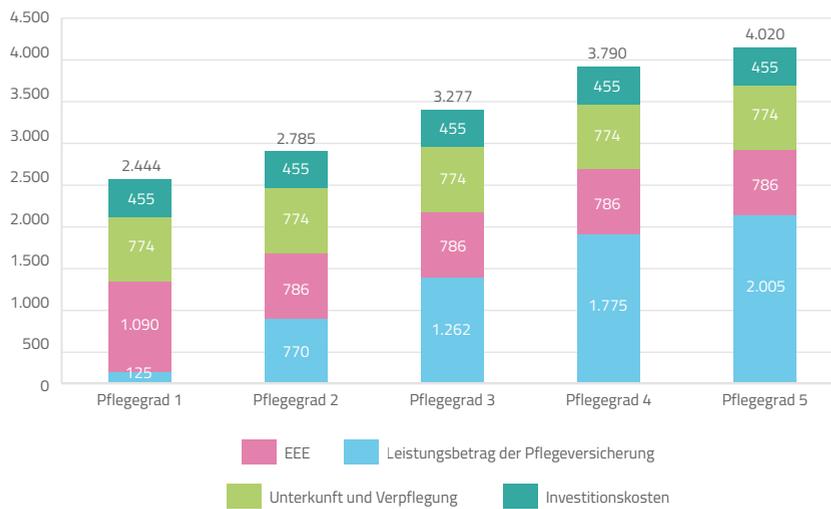
Anmerkung: vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege
Quelle: FDZ-StaBu (2020), eigene Berechnungen

Seit dem 1. Juli 1996 wurden Leistungen bei vollstationärer Pflege gewährt. Die ursprünglich maximalen beziehungsweise später pauschalen Leistungshöhen in den Pflegestufen I und II von 1.023 Euro (2.000 DM) und 1.279 Euro (2.500 DM) wurden bis zum 31. Dezember 2014 nicht angepasst. Lediglich für die Pflegestufe III erfolgte eine Anpassung zum 1. Juli 2008, 1. Januar 2010 und 1. Januar 2012. Durch das PSG I wurden die Leistungen ab dem 1. Januar 2015 in der Pflegestufe I auf 1.064 Euro, in der Pflegestufe II auf 1.330 Euro und in der Pflegestufe III auf 1.612 Euro beziehungsweise auf 1.995 Euro für Härtefälle erhöht. Seit dem 1. Januar 2017 werden die Leistungen nicht mehr nach den Pflegestufen, sondern entsprechend den Pflegegraden (PG) gewährt (PG 1: 125 Euro, PG 2: 770 Euro, PG 3: 1.262 Euro, PG 4: 1.775 Euro, PG 5: 2.005 Euro). Diese Versicherungsleistungen beziehen sich dabei ausschließlich auf die Finanzierung der Pflegekosten in einem Heim. Die Gesamtheimentgelte nach § 87a SGB XI, die für einen Pflegeplatz in Einrichtungen der stationären Pflege in Rechnung gestellt werden, liegen jedoch erheblich höher. Sie enthalten

- die Pflegesätze, also die nach Pflegestufe beziehungsweise Pflegegrad differenzierten „Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die soziale Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, für die medizinische Behandlungspflege“ (§ 84 Abs. 1 SGB XI),
- die nicht nach Umfang der Pflegebedürftigkeit differenzierten Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die sogenannten „Hotelkosten“,
- die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten und
- die Ausbildungsumlage beziehungsweise individuellen Ausbildungskosten.

Vom vdek (2020b) werden für Juli 2020 bundesweit von den Pflegebedürftigen zu tragende durchschnittliche Investitionskosten von 455 Euro ausgewiesen. Durchschnittlich 774 Euro fielen zudem für Unterkunft und Verpflegung an. Die Gesamtheimentgelte beliefen sich im Juli 2020 bei Pflegegrad 1 durchschnittlich auf 2.444 Euro. Bei Pflegegrad 2 ergaben sich Monatsbeträge von 2.785 Euro, bei Pflegegrad 3 von 3.277 Euro, bei Pflegegrad 4 von 3.790 Euro und bei Pflegegrad 5 von 4.020 Euro ohne Berücksichtigung der Ausbildungskosten (Abbildung 2.12). In den unteren Pflegegraden decken die Pflegeversicherungsleistungen damit weniger als die Hälfte des Gesamtheimentgelts ab.

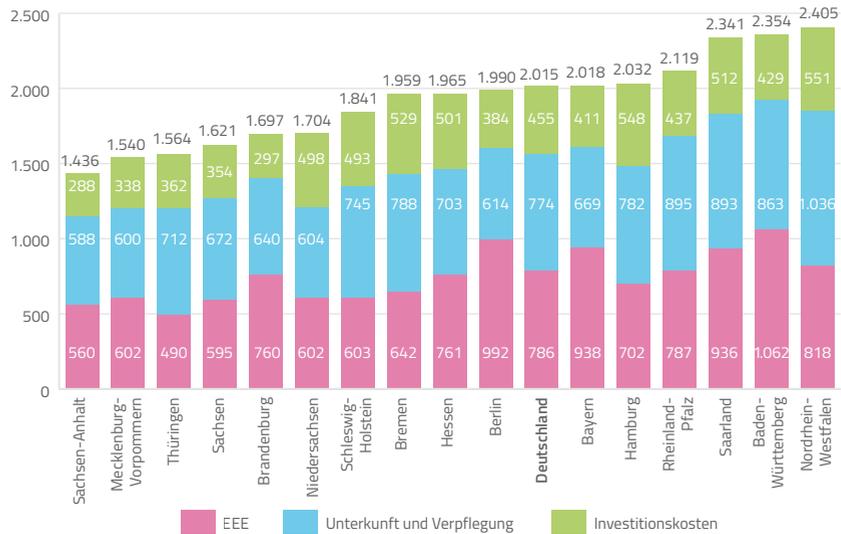
Abbildung 2.12: Monatliche Leistungen der Pflegeversicherung und Eigenanteile im Juli 2020 in Euro



Anmerkung: durchschnittliche finanzielle Belastung ohne Ausbildungsumlage oder individuelle Ausbildungskosten; EEE = Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (gilt für Pflegegrade 2 bis 5), in Pflegegrad 1 abweichend; Pflegeversicherungsleistungen: bei Pflegegrad 1 Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI und bei Pflegegraden 2 bis 5 Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI
Quelle: vdek (2020b)

Die Höhe der Heimentgelte variierte zwischen den Bundesländern erheblich. Dabei ist zu beachten, dass die in den Rahmenverträgen auf Landesebene gemäß § 75 SGB XI vorgenommene Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen und den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung in den einzelnen Bundesländern höchst unterschiedlich geregelt ist (Augurzyk et al., 2008, S. 25 ff.), was die enormen Unterschiede in den Hotelkosten zum Teil erklären kann. Angesichts der unterschiedlichen Anrechnungsvorschriften empfiehlt es sich, nicht nur die Pflegesätze der Einrichtungen zu betrachten, sondern auch das Gesamtheimergeld.

Abbildung 2.13: Monatliche finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in Euro im Juli 2020



Anmerkung: durchschnittliche finanzielle Belastung ohne Ausbildungsumlage oder individuelle Ausbildungskosten; EEE = Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (gilt für Pflegegrade 2 bis 5)
Quelle: vdek (2020a)

Die Variation der Heimentgelte ergibt sich entsprechend sowohl aus der Variation der durchschnittlichen Pflegesätze als auch aus der Variation der durchschnittlichen Hotelkosten und der durchschnittlichen Investitionskosten. Die Hotelkosten schwanken dabei zwischen 588 Euro in Sachsen-Anhalt und 1.036 Euro in Nordrhein-Westfalen. Die Investitionskosten schwanken zwischen 288 Euro in Sachsen-Anhalt und 551 Euro in Nordrhein-Westfalen. Noch etwas größere Schwankungen gibt es bei den Eigenanteilen an den Pflegesätzen. Die liegen zwischen 490 Euro in Thüringen und 1.062 Euro in Baden-Württemberg. In der Summe gleichen sich diese Schwankungen bei Pflegesätzen, Investitionskosten und Hotelkosten aber nicht aus, sondern die Unterschiede summieren sich teilweise auf. So findet sich die geringste finanzielle Belastung für Pflegebedürftige auch in der Summe in Sachsen-Anhalt (1.436 Euro) und die höchste finanzielle Belastung in Nordrhein-Westfalen (2.405 Euro). Das ist ein Unterschied von rund 1.000 Euro. Bundesweit lagen die Gesamteigenanteile im Juli 2020 schon bei durchschnittlich 2.015 Euro.

Hinzu kommt die Umlage für die Ausbildungsvergütung, die bereits im Januar 2019 bei 75 Euro lag (Rothgang et al., 2019b, S. 149), so dass inzwischen von einem Gesamtgegenanteil von monatlich mehr als 2.100 Euro auszugehen ist.

2.2.3 Pflegepersonen

Pflegepersonen im Sinne des SGB XI sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 SGB XI in seiner häuslichen Umgebung pflegen (§ 19 SGB XI). Zur Erfassung der Zahl der Pflegepersonen gibt es keine amtlichen Statistiken. Dennoch lassen sich anhand verschiedener Datenquellen Schätzungen und Beschreibungen vornehmen.

Schätzungen zur Gesamtzahl der an der Pflege beteiligten Privatpersonen kommen auf etwa doppelt so viele Pflegepersonen wie Pflegebedürftige im häuslichen Setting. Auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) werden für das Jahr 2015 rund 4,6 Millionen Pflegepersonen bei ausgewiesenen 2,2 Millionen Pflegebedürftigen geschätzt (Rothgang et al., 2017, S. 144 f.). Nach der Kantar-Studie von 2018 werden 35 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause von nur einer Person versorgt, 26 Prozent von zwei Personen, 16 Prozent von drei Personen und 14 Prozent von vier oder mehr Personen (Geiss et al., 2019, S. 95). Im Durchschnitt sind es ziemlich genau zwei Pflegepersonen je pflegebedürftiger Person. Bei ausgewiesenen 2,557 Millionen Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege im Jahr 2017 ist daher mit rund fünf Millionen Pflegepersonen zu rechnen. Nach den Statistiken des BMG (2020g) werden Ende 2019 schon 3.338.401 Pflegebedürftige zu Hause gepflegt. Demnach wäre mit rund 6,68 Millionen Pflegepersonen zu rechnen. Eine Übertragbarkeit dieser Berechnung auf die einzelnen Bundesländer ist mittels dieser Datengrundlage nicht möglich.

Zur Verbesserung der sozialen Sicherung entrichtet die Pflegeversicherung Beiträge an die Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist und eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrads 2 bis 5 in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich pflegt (§ 44 SGB XI). Bis Ende 2016 mussten 14 Stunden Pflege nachgewiesen sein. Ein Beitragsanspruch besteht nur, solange noch keine Vollrente wegen Alters bezogen wird.

Die zum Jahresende ermittelten Zahlen der pflichtversicherten Pflegepersonen schwanken in der Zeit von 1996 bis 2016 zwischen 223.000 und 314.000. Zum 31. Dezember 2017 wurden 527.375 und für das Jahr 2018 sogar 673.139 Pflegepersonen ermittelt (DRV, 2020). Die jährliche Beitragssumme, die in den Jahren 2002 bis 2016 stets bei 0,9 bis 1,0 Milliarden Euro lag, stieg im Jahr 2017 auf 1,5 Milliarden Euro und bis zum Jahr 2019 auf 2,4 Milliarden Euro (BMG, 2020a). Eine regionale Untergliederung ist aus den Berichterstattungen nicht möglich.

Aus den zur Verfügung gestellten Routinedaten der BARMER lässt sich nicht herauslesen, welche Merkmale die pflichtversicherten Pflegepersonen haben. Es lässt sich aber feststellen, für welchen Anteil an Pflegebedürftigen Beitragszahlungen zur Rentenversicherung für Pflegepersonen gezahlt wurde. In den Jahren 2013 und 2015 wurden für 16,6 Prozent der häuslich versorgten Pflegebedürftigen entsprechende Rentenversicherungsbeiträge durch die Pflegeversicherung entrichtet. In den Jahren 2017 und 2019 erhöhte sich der Anteil auf 23,1 Prozent und 27,4 Prozent (Tabelle 2.22). Das entspricht insgesamt etwa dem Trend der Zahlen der Rentenversicherung.

weniger Beitragszahlungen zur Rentenversicherung in den Stadtstaaten und in ostdeutschen Bundesländern

Im Saarland, in Rheinland-Pfalz und Hessen sind die Anteile durchweg überdurchschnittlich, während sie in Ostdeutschland und den Stadtstaaten durchweg unterdurchschnittlich sind. Zudem sind auch die Zuwächse in Berlin, Sachsen und Thüringen mit Abstand die geringsten (Tabelle 2.22). Regionale Unterschiede sind zum Teil durch Unterschiede in der Altersstruktur hervorgerufen. Relativ zur Fallzahl der hochaltrigen Pflegebedürftigen ist die Zahl der pflichtversicherten Pflegepersonen gering. Bei pflegebedürftigen Kindern und Pflegebedürftigen im mittleren Alter ist der Anteil weitaus höher (Rothgang & Müller, 2019, S. 88).

Pflegepersonen, die abhängig beschäftigt sind, können gegebenenfalls eine bis zu sechsmonatige Pflegezeit in Anspruch nehmen. Seit 2015 gilt ein Rechtsanspruch auf teilweise Freistellung von bis zu 24 Monaten, die sogenannte Familienpflegezeit. Hierbei ist die Reduktion der Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden pro Woche möglich, um die Erwerbsarbeit mit der Pflege in häuslicher Umgebung besser vereinbaren zu können. Nach § 44a SGB XI besteht dazu ein Anspruch auf Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegezeit oder kurzzeitiger Arbeitsverhinderung durch die Pfllegetätigkeit. Diese müssen allerdings beantragt werden.

Tabelle 2.22: Anteil ambulant versorgter Pflegebedürftiger mit Beitragszahlungen zur Rentenversicherung für Pflegepersonen in den Jahren 2013 bis 2019

Land	2013	2015	2017	2019	Differenz 2019 zu 2013
	Anteil in Prozent				in Prozentpunkten
Baden-Württemberg	17,1	17,1	22,8	27,2	10,1
Bayern	16,4	16,1	23,1	28,6	12,1
Berlin	14,6	14,6	19,2	22,4	7,8
Brandenburg	13,7	14,3	20,6	23,9	10,2
Bremen	11,4	11,3	17,4	23,1	11,6
Hamburg	11,8	13,7	18,9	23,3	11,5
Hessen	20,0	20,3	26,7	30,7	10,7
Mecklenburg-Vorpommern	11,5	13,2	19,4	23,3	11,8
Niedersachsen	17,0	17,5	25,4	29,9	12,9
Nordrhein-Westfalen	17,2	17,2	24,5	28,9	11,7
Rheinland-Pfalz	19,5	19,0	26,3	30,1	10,6
Saarland	23,5	22,7	28,9	33,6	10,1
Sachsen	14,2	14,0	18,0	20,4	6,2
Schleswig-Holstein	13,8	13,7	19,6	24,1	10,3
Thüringen	16,9	16,6	20,6	23,9	7,0
Deutschland	16,6	16,6	23,1	27,4	10,8

Quelle: BARMER-Daten 2013–2019, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Die auf Grundlage der BARMER-Daten erfasste Inanspruchnahme dieser Beitragszahlungen ist in der Summe minimal. Beitragszahlungen zur Kranken- oder Pflegeversicherung erfolgen in den Jahren 2012 bis 2018 mit leicht steigender Tendenz für durchschnittlich 140 bis 230 Personen im Monat. Eine Differenzierung nach Bundesländern führt teilweise zu einstelligen Werten und wird daher hier nicht ausgewiesen.

2.2.4 Fazit zur Leistungserbringung

Pflegebedürftige Menschen werden entweder allein durch Angehörige im häuslichen Umfeld gepflegt, im häuslichen Umfeld durch ambulante Pflegedienste (mit-)versorgt oder in stationären Pflegeeinrichtungen gepflegt.

Die Mehrzahl der ambulanten Pflegedienste ist 2017 wie schon in den Jahren zuvor in privater Trägerschaft, wobei deren Anteile in Ostdeutschland tendenziell niedriger sind als in Westdeutschland. Der Anteil der Pflegebedürftigen, die durch private Pflegedienste versorgt werden, ist aber deutlich geringer und steigt erst im Jahr 2017 über 50 Prozent. Private Pflegedienste sind insgesamt kleiner und versorgen im Durchschnitt nur 46,3 Pflegebedürftige. Im Durchschnitt aller Pflegedienste werden 59,1 Pflegebedürftige versorgt.

Bezüglich der vertraglich festgelegten Arbeitszeit bestehen deutliche regionale Unterschiede. Der Anteil der Beschäftigten in Vollzeit oder in Teilzeit mit mehr als 50 Prozent der Regelarbeitszeit liegt in Ostdeutschland durchweg weit über 80 Prozent. Im Bundesdurchschnitt sind es nur knapp 65 Prozent. Trotz der umfangreicheren vertraglichen Arbeitszeit in Ostdeutschland je Beschäftigten besteht kein durchweg besserer Versorgungsschlüssel in Ostdeutschland. Bezogen auf 100 Pflegebedürftige sind die nach Vollzeitäquivalenten gewichteten Arbeitsanteile nach dem SGB XI in Ostdeutschland teilweise überdurchschnittlich und teilweise unterdurchschnittlich.

Es stehen den Pflegebedürftigen in Ostdeutschland weniger Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte zur Verfügung.

Im Unterschied zu den ambulanten Pflegediensten sind mehr als die Hälfte der Pflegeheime in freigemeinnütziger oder öffentlicher Trägerschaft. Auch die Beschäftigungsverhältnisse in den stationären Pflegeeinrichtungen unterscheiden sich von denen in den ambulanten Pflegediensten. So ist zwar knapp ein Drittel der Beschäftigten in Vollzeit erwerbstätig, in Ostdeutschland jedoch deutlich weniger als in Westdeutschland. Beschäftigungsverhältnisse mit einer Arbeitszeit von über 50 Prozent der Regelarbeitszeit finden sich dagegen häufiger in Ostdeutschland. Insgesamt ergeben sich in Ostdeutschland dennoch mehr vertraglich vereinbarte Arbeitszeiten je Beschäftigten, da dort die geringfügige Beschäftigung deutlich seltener ist. Trotz der längeren vertraglich vereinbarten Arbeitszeiten in Ostdeutschland ist die Zahl der Vollzeitäquivalente gewichtet mit dem Arbeitsanteil nach SGB XI in Ostdeutschland geringer. In anderen Worten: Es stehen den Pflegebedürftigen in Ostdeutschland jeweils weniger Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte zur Verfügung.

Den Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden (also Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistungen beziehen), stehen etwa doppelt so viele Pflegepersonen gegenüber. Nur gut ein Viertel der Pflegepersonen erhält derzeit eine Absicherung in Form von Rentenversicherungsbeiträgen durch die Pflegeversicherung. In den ostdeutschen Ländern liegt dieser Anteil aktuell und meist auch in den Jahren zuvor unterhalb des Bundesdurchschnitts. Dies ist auch durch eine unterschiedliche Altersstruktur verursacht, da für die Versorgung jüngerer Pflegebedürftiger häufiger Rentenversicherungsbeiträge gezahlt werden.

2.3 Finanzierung

Die soziale Pflegeversicherung (SPV) deckt nur einen Teil der durch die Pflegebedürftigkeit entstehenden Kosten. Daneben tragen auch andere kollektive Sicherungssysteme (private Pflegepflichtversicherung, Sozialhilfe und Kriegsopferfürsorge) und Eigenmittel der Betroffenen zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit bei. In diesem Kapitel wird daher zunächst ein Überblick über die Finanzentwicklung der quantitativ bedeutendsten gemeinschaftlichen Finanzierungsträger, nämlich der sozialen Pflegeversicherung (Kapitel 2.3.1), der privaten Pflegepflichtversicherung (Kapitel 2.3.2) und der Sozialhilfe (Kapitel 2.3.3) gegeben, bevor in einem Überblick über die gesamte Finanzierung von Leistungsausgaben im Bereich der Langzeitpflege zusätzlich auch auf die Kriegsopferfürsorge und die privaten Ausgaben eingegangen wird (Kapitel 2.3.4).

2.3.1 Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

Die Einnahmen der SPV resultieren fast ausschließlich aus Beiträgen, die im Umlageverfahren aufgebracht werden. Wie Tabelle 2.23 zeigt, haben sich die Einnahmen der SPV in diesem Jahrtausend schon fast verdreifacht, von 16,54 Milliarden Euro im Jahr 2000 auf 47,24 Milliarden Euro im Jahr 2019. Die Anstiege sind primär auf mehrere Anhebungen des Beitragssatzes zurückzuführen. Der erste Beitragsanstieg von 1,0 Prozent auf 1,7 Prozent erfolgte schon im Juli 1996 zur Finanzierung der dann eingeführten stationären Pflege und war bereits bei Einführung der Pflegeversicherung geplant. Bis zum

Jahr 2008 blieb der allgemeine Beitragssatz konstant, allerdings wurde mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3448) ab dem 1. Januar 2005 ein Zusatzbeitragssatz für Kinderlose in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten eingeführt. Im Rahmen des PflWG wurde der Beitragssatz zum 1. Juli 2008 um 0,25 Prozentpunkte von 1,70 Prozent auf 1,95 Prozent (2,20 Prozent für Kinderlose) erhöht. Ab dem 1. Januar 2013 lag der Beitragssatz bei 2,05 Prozent (für Kinderlose bei 2,3 Prozent), und zum 1. Januar 2015 ist der Beitragssatz um weitere 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 Prozent (2,60 Prozent für Kinderlose) angehoben worden. Mit Inkrafttreten des PSG II zum 1. Januar 2017 stieg der Beitragssatz auf dann 2,55 Prozent (2,8 Prozent für Kinderlose) und zum 1. Januar 2019 auf 3,05 Prozent (3,3 Prozent für Kinderlose).

Die Ausgaben sind von 16,67 Milliarden Euro im Jahr 2000 auf 43,95 Milliarden Euro im Jahr 2019 gestiegen. Bei den Ausgaben handelt es sich ganz überwiegend um Leistungsausgaben; der Anteil der Verwaltungskosten (1,28 Milliarden Euro) lag im Jahr 2019 bei lediglich 2,9 Prozent der Gesamtausgaben. Selbst wenn die Kosten des MDK (0,49 Milliarden Euro) hinzugerechnet werden, liegt der Ausgabenanteil, der nicht für Leistungen verwendet wird, immer noch bei nur 4,0 Prozent (Tabelle 2.23).

Die Ausgabensteigerungen des Jahres 2017 von rund 7,5 Milliarden Euro sind vor allem auf die Umsetzung des PSG II zurückzuführen (Rothgang & Müller, 2018, S. 27; Schwinger et al., 2018). Auch die im Vergleich dazu moderaten Ausgabensteigerungen in den Jahren 2008 bis 2015 sind insbesondere auf sozialrechtliche Veränderungen zurückzuführen, vor allem auf die Anhebung der Leistungssätze zum 1. Juli 2008, zum 1. Januar 2010 und zum 1. Januar 2012 sowie auf die Leistungsausdehnung (2008) beziehungsweise die Schaffung neuer Leistungstatbestände (2013) für PEA. Entsprechend sind die Ausgaben für zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI) von null im Jahr 2001 auf 1,92 Milliarden Euro im Jahr 2019 gestiegen. Ebenfalls neu entstanden sind die Ausgaben für stationäre Vergütungszuschläge (für zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 43b SGB XI, bis zum PSG II: § 87b SGB XI), die im Jahr 2019 eine Summe von 1,51 Milliarden Euro erreichten.

Der größte Teil der Leistungsausgaben entfällt noch auf die Leistungen bei vollstationärer Pflege, deren Anteil an den Leistungsausgaben aber (inklusive der Leistungen nach § 43b SGB XI) von 48,3 Prozent im Jahr 2001 auf 35,6 Prozent im Jahr 2019 gesunken ist. Neben dem seit dem Jahr 2007 sinkenden Anteil vollstationär versorgter Pflegebedürftiger ist hierfür die fehlende Dynamisierung der Leistungen in den Pflegestufen I und II in den Dynamisierungsrunden der Jahre 2008, 2010 und 2012 verantwortlich. Die Ausgaben für Pflegegeld betragen zuletzt 28,9 Prozent und für Pflegesachleistungen 12,2 Prozent der Leistungsausgaben. Während die Ausgaben für die vollstationäre Dauerpflege seit der Einführung der Pflegegrade stagnieren, stiegen die Ausgaben für Pflegegeld um 17,4 Prozent.

Im Jahr 2015 wurden zudem erstmals 1,10 Milliarden Euro dem Pflegevorsorgefonds zugeführt. Nach fünf Jahren beläuft sich dessen Mittelbestand nun auf 7,18 Milliarden Euro (Tabelle 2.23).

Nachdem die soziale Pflegeversicherung seit dem Jahr 2008 durchgängig einen Liquiditätsüberschuss erzielt hat, ist mit der Umsetzung des PSG II im Jahr 2017 ein Defizit von 2,42 Milliarden Euro entstanden, das aufgrund der guten Konjunkturlage allerdings sogar noch etwas niedriger ausgefallen ist als vorausberechnet (Rothgang et al., 2016, S. 50 f.). Im Jahr 2018 lag das Defizit dann schon bei 3,55 Milliarden Euro (Tabelle 2.23). Zum 1. Januar 2019 wurde der Beitragssatz erneut um 0,5 Beitragssatzpunkte angehoben, um ein weiteres Defizit für 2019 zu vermeiden. So wurde sogar ein Überschuss von 3,29 Milliarden Euro erzielt, der aber bei weiter steigenden Zahlen der Pflegebedürftigen und der durch die Corona-Pandemie bedingten wirtschaftlichen Lage wieder abschmelzen wird.

Tabelle 2.23: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Einnahmen	in Milliarden Euro								
Beitragseinnahmen	8,31	11,90	15,77	15,80	16,13	16,31	16,56	16,76	16,61
sonstige Einnahmen	0,09	0,14	0,17	0,20	0,19	0,23	0,25	0,22	0,25
Einnahmen insgesamt	8,40	12,04	15,94	16,00	16,32	16,54	16,80	16,98	16,86
Ausgaben	in Milliarden Euro								
Leistungsausgaben	4,42	10,25	14,34	15,07	15,55	15,86	16,03	16,47	16,64
Geldleistung	3,04	4,44	4,32	4,29	4,24	4,18	4,11	4,18	4,11
Pflegesachleistung	0,69	1,54	1,77	1,99	2,13	2,23	2,29	2,37	2,38
Verhinderungspflege	0,13	0,13	0,05	0,06	0,07	0,10	0,11	0,13	0,16
Tages-/Nachtpflege	0,01	0,03	0,04	0,04	0,05	0,06	0,07	0,08	0,08
ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01
Kurzzeitpflege	0,05	0,09	0,10	0,11	0,12	0,14	0,15	0,16	0,16
soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,31	0,93	1,18	1,15	1,13	1,07	0,98	0,96	0,95
Hilfsmittel/ Wohnumfeldverbesserung	0,19	0,39	0,32	0,36	0,40	0,36	0,31	0,33	0,31
vollstationäre Dauerpflege	0,00	2,69	6,41	6,84	7,18	7,47	7,75	8,00	8,20
vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,00	0,00	0,13	0,22	0,20	0,21	0,21	0,21	0,23
stationäre Vergütungszuschläge	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pflegeberatung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
sonstige Leistungsausgaben	0,00	0,01	0,01	0,01	0,02	0,04	0,04	0,04	0,04
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,23	0,24	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26	0,26
Verwaltungsausgaben	0,32	0,36	0,56	0,56	0,55	0,56	0,57	0,58	0,59
Zuführung zum Pflegevorsorgefonds	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
sonstige Ausgaben	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,06	0,06
Ausgaben insgesamt	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36	17,56
Liquidität	in Milliarden Euro								
Überschuss der Einnahmen	3,44	1,18	0,81	0,13	-0,03	-0,13	-0,06	-0,38	-0,69
Mittelbestand am Jahresende	2,87	4,05	4,86	4,99	4,95	4,82	4,76	4,93	4,24
in Monatsausgaben laut Haushaltsplänen der Kassen	3,93	2,96	3,77	3,70	3,61	3,37	3,27	3,34	2,82

Anmerkung: Im Jahr 1995 hat der Bund ein Investitionsdarlehen von 0,56 Milliarden Euro entnommen und im Jahr 2002 zurückgezahlt.

Tabelle 2.23: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Fortsetzung I)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Einnahmen	in Milliarden Euro								
Beitragseinnahmen	16,64	17,38	18,36	17,86	19,61	21,19	21,64	22,13	22,92
sonstige Einnahmen	0,23	0,12	0,13	0,16	0,16	0,12	0,14	0,11	0,13
Einnahmen insgesamt	16,87	17,49	18,49	18,02	19,77	21,31	21,78	22,24	23,05
Ausgaben	in Milliarden Euro								
Leistungsausgaben	16,77	16,98	17,14	17,45	18,20	19,33	20,43	20,89	21,86
Geldleistung	4,08	4,05	4,02	4,03	4,24	4,47	4,67	4,74	5,08
Pflegesachleistung	2,37	2,40	2,42	2,47	2,60	2,75	2,91	2,98	3,11
Verhinderungspflege	0,17	0,19	0,21	0,24	0,29	0,34	0,40	0,44	0,50
Tages-/Nachtpflege	0,08	0,08	0,09	0,09	0,11	0,15	0,18	0,21	0,25
ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen	0,02	0,02	0,03	0,03	0,06	0,19	0,28	0,33	0,38
Kurzzeitpflege	0,20	0,21	0,23	0,24	0,27	0,31	0,34	0,35	0,38
soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,93	0,90	0,86	0,86	0,87	0,88	0,88	0,87	0,89
Hilfsmittel/ Wohnumfeldverbesserung	0,30	0,32	0,33	0,36	0,40	0,38	0,38	0,34	0,36
vollstationäre Dauerpflege	8,35	8,52	8,67	8,83	9,05	9,29	9,56	9,71	9,96
vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,23	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26	0,26	0,26
stationäre Vergütungszuschläge	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21	0,45	0,50	0,54
Pflegeberatung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,04	0,07	0,08	0,07
sonstige Leistungsausgaben	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,06	0,06	0,06	0,08
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,27	0,28	0,27	0,27	0,28	0,31	0,30	0,32	0,34
Verwaltungsausgaben	0,58	0,59	0,62	0,62	0,65	0,68	0,71	0,71	0,75
Zuführung zum Pflegevorsorgefonds	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
sonstige Ausgaben	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ausgaben insgesamt	17,69	17,86	18,03	18,34	19,14	20,33	21,45	21,93	22,94
Liquidität	in Milliarden Euro								
Überschuss der Einnahmen	-0,82	-0,36	0,45	-0,32	0,63	0,99	0,34	0,31	0,10
Mittelbestand am Jahresende	3,42	3,05	3,50	3,18	3,81	4,80	5,13	5,45	5,55
in Monatsausgaben laut Haushaltsplänen der Kassen	2,27	2,01	2,29	2,06	2,33	2,78	2,87	2,93	2,86

Tabelle 2.23: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Fortsetzung II)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Einnahmen	in Milliarden Euro						
Beitragseinnahmen	24,86	25,83	30,61	31,96	36,04	37,65	46,53
sonstige Einnahmen	0,09	0,08	0,08	0,07	0,06	0,07	0,72
Einnahmen insgesamt	24,96	25,91	30,69	32,03	36,10	37,72	47,24
Ausgaben	in Milliarden Euro						
Leistungsausgaben	23,17	24,24	26,64	28,29	35,54	38,25	40,69
Geldleistung	5,69	5,94	6,46	6,84	9,99	10,88	11,74
Pflegesachleistung	3,37	3,56	3,70	3,83	4,50	4,78	4,98
Verhinderungspflege	0,59	0,68	0,88	1,05	1,12	1,25	1,46
Tages-/Nachtpflege	0,28	0,31	0,41	0,52	0,68	0,80	0,94
ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen	0,44	0,48	0,68	1,01	1,23	1,63	1,92
Kurzzeitpflege	0,41	0,43	0,50	0,57	0,60	0,65	0,70
soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,88	0,94	0,96	0,99	1,54	2,10	2,38
Hilfsmittel/ Wohnumfeldverbesserung	0,44	0,53	0,76	0,81	0,88	1,06	1,19
vollstationäre Dauerpflege	10,06	10,26	10,74	10,91	13,00	12,95	12,98
vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,26	0,27	0,28	0,29	0,40	0,44	0,44
stationäre Vergütungszuschläge	0,58	0,63	1,03	1,23	1,31	1,37	1,51
Pflegeberatung	0,07	0,08	0,09	0,09	0,09	0,13	0,13
sonstige Leistungsausgaben	0,11	0,12	0,14	0,16	0,20	0,22	0,32
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,36	0,37	0,37	0,39	0,42	0,45	0,49
Verwaltungsausgaben	0,79	0,84	0,89	1,02	1,18	1,14	1,28
Zuführung zum Pflegevorsorgefonds	0,00	0,00	1,10	1,29	1,36	1,41	1,48
sonstige Ausgaben	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02
Ausgaben insgesamt	24,33	25,45	29,01	31,00	38,52	41,27	43,95
Liquidität	in Milliarden Euro						
Überschuss der Einnahmen	0,63	0,46	1,68	1,03	-2,42	-3,55	3,29
Mittelbestand am Jahresende	6,17	6,63	8,31	9,34	6,92	3,37	6,66
in Monatsausgaben laut Haushaltsplänen der Kassen	3,00	3,12	3,51	3,80	2,17	1,02	1,88
Nachrichtlich: Mittelbestand Pflegevorsorgefonds	0,00	0,00	1,09	2,44	3,83	5,17	7,18

Anmerkung: ab 2019 „stationäre Vergütungszuschläge“ inklusive „Vergütungszuschlägen für zusätzliches Personal in vollstationären Einrichtungen“

Quelle: BMG (2020a)

2.3.2 Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung

Im Jahr 2018 waren 9,3 Millionen Menschen in Deutschland privat pflegepflichtversichert (PKV, 2019, S. 28). Das entspricht bei einer Bevölkerung von 83,0 Millionen Menschen (Statistisches Bundesamt, 2020d) einem Anteil von 11,2 Prozent. Wegen der unterschiedlichen Finanzierungsverfahren von sozialer Pflegeversicherung (Umlageverfahren) und privater Pflegepflichtversicherung (Kapitaldeckungsverfahren) ist ein Vergleich der beiden Versicherungszweige nur eingeschränkt möglich. Im Folgenden werden daher nur wenige zentrale Kennzahlen der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) beschrieben.

Die jährlichen Einnahmen der privaten Pflegepflichtversicherung erreichten nach einem Anstieg in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1997 mit 2,17 Milliarden Euro ihren ersten Höhepunkt, gingen anschließend bis zum Jahr 2003 zurück und lagen bis 2007 nahezu konstant bei 1,87 Milliarden Euro (Tabelle 2.24). Diese Entwicklung wurde insbesondere durch Prämienreduktionen bei steigender Versicherungszahl verursacht. Ab dem Jahr 2008 kam es bei geringfügigen Schwankungen zu einem Anstieg der Beitragseinnahmen auf 2,0 bis 2,2 Milliarden Euro. Die Beitragseinnahmen bewegten sich bis 2016 in diesem Korridor. Im Zuge deutlicher Prämien erhöhungen im Jahr 2017 erhöhten sich die Beitragseinnahmen auf knapp 2,6 Milliarden Euro.

Die Ausgaben für Versicherungsleistungen bleiben im gesamten Zeitraum deutlich unter den Einnahmen; sie sind aber relativ stärker gestiegen. Ausgehend von rund 450 Millionen Euro in den Jahren 1997 und 1998 haben sie sich bis 2007 kontinuierlich erhöht. In den letzten Jahren erfolgten sprunghafte Anstiege der Leistungsausgaben insbesondere in den Jahren der Pflegereformen (2008, 2013, 2015 und schließlich 2017), so dass sich die Ausgaben zwischen 2008 und 2018 mehr als verdoppelten. Insgesamt 36,2 Milliarden Euro Altersrückstellungen wurden seit Beginn der Pflegeversicherung angesammelt (Tabelle 2.24). Im Jahr 2018 entsprechen die Altersrückstellungen in der PPV somit schon rund 95 Prozent der gesamten jährlichen Leistungssumme in der SPV.

Altersrückstellungen
der PPV nicht mehr weit
entfernt vom Jahresleis-
tungsvolumen der SPV

Tabelle 2.24: Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung

Jahr	Beitrags- einnahmen	Versicherungsleistungen		Altersrück- stellungen
	in Millionen Euro	in Millionen Euro	Anteil der Beitrags- einnahmen in Prozent	in Millionen Euro
1995	1.253,0	92,8	7,4	521,5
1996	1.697,0	300,8	17,7	1.356,9
1997	2.166,5	446,8	20,6	2.543,2
1998	2.149,1	449,8	20,9	3.486,0
1999	1.974,5	462,9	23,4	5.316,4
2000	2.008,6	471,1	23,5	6.532,6
2001	1.955,1	486,1	24,9	8.585,8
2002	1.985,2	496,9	25,0	9.889,5
2003	1.847,9	517,9	28,0	11.797,7
2004	1.871,4	528,5	28,2	12.956,7
2005	1.867,5	549,8	29,4	14.623,2
2006	1.871,3	563,8	30,1	15.871,4
2007	1.882,9	578,1	30,7	17.150,5
2008	1.970,2	617,7	31,4	19.188,2
2009	2.074,2	667,7	32,2	20.401,2
2010	2.096,0	698,8	33,3	22.534,0
2011	2.105,1	720,5	34,2	24.022,8
2012	2.010,7	779,3	38,8	25.708,3
2013	2.062,1	857,1	41,6	27.108,5
2014	2.013,6	880,1	43,7	28.486,9
2015	2.196,1	967,8	44,1	31.038,3
2016	2.165,1	1.049,6	48,5	32.554,7
2017	2.594,5	1.286,1	49,6	34.481,6
2018	2.557,7	1.439,7	56,3	36.156,1

Quelle: PKV (2006, S. 88 ff.; 2012, S. 92 ff.; 2019, S. 86 ff.), eigene Berechnungen

2.3.3 Finanzierung durch die Sozialhilfe

Pflegebedürftige werden für die Pflegeversicherung und die Sozialhilfe in gleicher Weise nach Pflegegraden unterschieden. Ebenso wie gegenüber der Pflegeversicherung besteht auch gegenüber den Sozialhilfeträgern ein deutlich eingeschränkter Leistungsanspruch bei Vorliegen des Pflegegrads 1 (§ 63 SGB XII). Der Leistungsanspruch gegenüber der Sozialhilfe ist dem Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung nachrangig (§ 64 SGB XII). Wenn Pflegeversicherungsleistungen, eigenes Einkommen und Vermögen nicht mehr ausreichen, kann „Hilfe zur Pflege“ beim Sozialamt beantragt werden.

Ein Ziel der Einführung der Pflegeversicherung waren die Reduktion der Zahl der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ und eine damit verbundene Ausgabenreduktion der Sozialhilfeträger. Tatsächlich hat sich die Zahl der Leistungsempfänger von 373.000 im Jahr 1995 auf 222.000 im Jahr 1998 um mehr als ein Drittel reduziert. In den Folgejahren stieg die Empfängerzahl wieder an und lag im Zeitraum von 2012 bis 2016 im Bereich von 339.000 bis 350.000. Im Jahr 2017 sanken die Zahlen im Zuge der Leistungsausweitungen der Pflegeversicherung deutlich ab, stiegen aber im Jahr 2018 im Bereich der stationären Pflege wieder an (Tabelle 2.25).

Die Nettoausgaben reduzierten sich in den Anfangsjahren noch deutlicher als die Zahl der Empfänger der Leistungen. Die Nettoausgaben sanken zunächst von 6,264 Milliarden Euro auf 2,284 Milliarden Euro, stiegen dann aber wieder kontinuierlich an. Erst mit dem Jahr 2017 kam es wieder zu einer merklichen Reduktion von 3,796 Milliarden Euro auf 3,391 Milliarden Euro. Entsprechend den Fallzahlsteigerungen der Hilfebedürftigen in der stationären Pflege stiegen die Nettoausgaben im Jahr 2018 auch wieder an.

Durchgängig bezieht die Mehrzahl der Leistungsempfänger „Hilfe zur Pflege“ in stationären Einrichtungen. Der Anteil der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ im ambulanten Bereich, gemessen an allen Empfängern von „Hilfe zur Pflege“, ist in den Jahren 1995 bis 2016 von rund 23 Prozent auf rund 27 Prozent gestiegen. Nach der Reform 2017 hat sich diese Tendenz jedoch umgekehrt. Im Jahr 2018 waren nur noch 18 Prozent der Hilfebedürftigen ambulant versorgt.

Tabelle 2.25: Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“ – Empfänger und Nettoausgaben

Jahr	Anzahl der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ am 31.12. in Tausend			Nettoausgaben im Berichtsjahr für „Hilfe zur Pflege“ in Millionen Euro		
	insgesamt ¹	ambulant	stationär	insgesamt	ambulant	stationär
1995	373	85	288	6.264	509	5.754
1996	285	66	219	4.823	370	4.453
1997	251	64	187	2.509	375	2.133
1998	222	62	160	2.284	390	1.894
1999	247	57	191	2.320	397	1.923
2000	261	59	203	2.308	412	1.896
2001	256	61	196	2.349	439	1.910
2002	246	60	187	2.421	474	1.948
2003	242	55	187	2.420	515	1.905
2004	246	55	191	2.513	525	1.988
2005 ²	257	58	200	2.611	547	2.064
2006 ²	269	59	211	2.530	601	1.929
2007 ²	262	62	201	2.666	624	2.043
2008 ²	285	68	218	2.751	667	2.085
2009	299	77	224	2.878	714	2.164
2010	318	84	235	2.967	763	2.204
2011	330	90	241	3.104	802	2.302
2012	339	95	246	3.245	851	2.394
2013	342	97	247	3.339	859	2.479
2014	350	99	253	3.502	903	2.599
2015	349	99	252	3.569	976	2.593
2016	347	95	253	3.796	1.038	2.759
2017 ³	287	55	234	3.391	939	2.453
2018 ³	299	55	245	3.472	937	2.535

¹ Abweichungen durch Mehrfachzählungen

² Für die Jahre 2005 bis 2008 gab es Schätzwerte für Bremen sowie 2007 eine Untererfassung in Nordrhein-Westfalen und im Saarland.

³ Personen mit der Signierung des Geschlechts „ohne Angabe (nach §22 Absatz 3 PStG)“ werden dem männlichen Geschlecht zugeordnet.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2018a, 2018b, 2020b, 2020e)

Die Summen der Nettoausgaben im ambulanten und im stationären Bereich haben sich über den gesamten Zeitraum stark angenähert: Dadurch, dass sich die Ausgaben der „Hilfe zur Pflege“ im ambulanten Bereich nahezu verdoppelt und im stationären Bereich in etwa halbiert haben, ist das Verhältnis von 1 : 11 (1995) auf etwa 1 : 3 (2018) gesunken.

Der Anteil der Sozialhilfeempfänger an allen Pflegeheimbewohnern ist – bei leichten Schwankungen – seit Ende des letzten Jahrhunderts bis heute mit rund 30 Prozent weitgehend konstant geblieben. Auf 100 Pflegebedürftige, die durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden, kamen über die Jahre hingegen nur 12 bis 16 Personen, die „Hilfe zur Pflege“ außerhalb von Einrichtungen in Anspruch nehmen. Im Jahr 2017 hat sich dieser Anteil deutlich auf knapp sieben Prozent reduziert (Tabelle 2.11 und Tabelle 2.25).

2.3.4 Finanzierung im Überblick

Abschließend gibt dieses Kapitel einen Überblick über die zuvor genannten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit im Jahr 2018. Zusätzlich zu den bisher behandelten Kostenträgern werden die Ausgaben der Kriegsopferfürsorge und die privaten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Es handelt sich hierbei nur um die Ausgaben für die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit und nicht um die Gesamtausgaben für die Pflegebedürftigen. Ausgaben, die etwa in der Krankenversicherung für Pflegebedürftige anfallen, werden hier nicht berücksichtigt. Differenziert wird zwischen öffentlichen und privaten Ausgaben. Die PPV wird für den Zweck dieser Übersicht dem öffentlichen Sektor zugerechnet, da auch sie per Gesetz gegründet wurde, in Bezug auf die Sozialversicherung eine substitutive Funktion hat und ihre Mitglieder einer Versicherungspflicht unterliegen.

Die öffentlichen Ausgaben können den Berichterstattungen aus den jeweiligen Organisationen (Pflegeversicherung, Sozialhilfe, Kriegsopferfürsorge) entnommen werden. Bei diesem institutionellen Zugang werden damit auch die Ausgaben für Pflegegeld berücksichtigt.

Für die privaten Ausgaben für Pflege im Pflegeheim wurden die Leistungsempfänger mit dem zu tragenden Anteil pro Kopf an den Pflegekosten, die nicht von der Pflegeversicherung getragen werden, multipliziert. Dies sind im Januar 2018 918 Euro bei Pflegegrad 1 und 593 bei Pflegegrad 2 bis 5 (vdek, 2018, S. 51) plus 67 Euro Ausbildungsvergütung

(Rothgang et al., 2019b, S. 149). In der Summe resultieren daraus 6,51 Milliarden Euro an Eigenanteilen. Von den privat getragenen Pflegekosten in der stationären Pflege wurden anschließend die Nettoausgaben der Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“ in Einrichtungen in Höhe von 2,54 Milliarden Euro (Tabelle 2.25) abgezogen, womit sich 3,98 Milliarden Euro direkte private Ausgaben für die stationäre Pflege ergeben (Tabelle 2.26).

Für die häusliche Pflege können die privaten Ausgaben nur geschätzt werden. In einer Repräsentativbefragung wurden monatlich privat getragene Kosten von durchschnittlich 269 Euro ermittelt, die im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit in eigener Häuslichkeit entstehen (Stand: 2016) (Schneekloth et al., 2017, S. 158 f.). Multipliziert mit der Zahl der Leistungsempfänger am Jahresende 2017 ergeben sich Ausgaben von insgesamt 8,38 Milliarden Euro. Nach Abzug der Nettoaufwendungen für die „Hilfe zur Pflege“ außerhalb von Einrichtungen von 0,94 Milliarden Euro (Tabelle 2.25) verbleibt ein Betrag von 7,44 Milliarden Euro (Tabelle 2.26).

Tabelle 2.26: Leistungsausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2018

Ausgabenträger	in Milliarden Euro	Anteil an öffentlichen/ privaten Ausgaben in Prozent	Anteil an den Gesamtausgaben in Prozent
öffentliche Ausgaben	43,97	100,0	79,4
soziale Pflegeversicherung	38,25	87,0	69,1
private Pflegepflichtversicherung	1,44	3,3	2,6
Beamtenbeihilfe ¹	0,72	1,6	1,3
Sozialhilfe	3,47	7,9	6,3
Kriegsopferfürsorge	0,09	0,2	0,2
private Ausgaben ²	11,41	100,0	20,6
Pflegeheim ³	3,98	34,8	7,2
häusliche Pflege ⁴	7,44	65,2	13,4
gesamt	55,38		100,0

¹ geschätzt als 50 Prozent der PPV-Ausgaben – siehe Text

² Schätzwerte, basierend auf Personenzahlen vom 31.12.2017 und – bei der häuslichen Pflege – Befragungswerten aus dem Jahr 2017

³ privat getragene Pflegekosten abzüglich „Hilfe zur Pflege“ im stationären Bereich im Berichtsjahr 2018

⁴ privat getragene Pflegekosten abzüglich „Hilfe zur Pflege“ im ambulanten Bereich im Berichtsjahr 2018

Quelle: Kriegsopferfürsorge: Statistisches Bundesamt (2019), soziale Pflegeversicherung: BMG (2020a), private Pflegepflichtversicherung: PKV (2019, S. 89), Sozialhilfe: Statistisches Bundesamt (2020b), Eigenanteil an den Pflegekosten im Pflegeheim: Rothgang et al. (2019b, S. 149), vdek (2018, S. 51), private Aufwendungen in der häuslichen Pflege: Schneekloth et al. (2017, S. 158)

Insgesamt betragen die Ausgaben rund 55,38 Milliarden Euro. Wie in Tabelle 2.26 zu sehen ist, wird rund ein Fünftel der Pflegekosten privat finanziert. Hiervon entfallen etwa ein Drittel (7,2 Prozent der Gesamtkosten) auf den stationären und zwei Drittel (13,4 Prozent der Gesamtkosten) auf den häuslichen Bereich. Bei den öffentlichen Ausgaben wird mit 87,0 Prozent der bei Weitem größte Teil von der SPV abgedeckt, während auf die Sozialhilfe 7,9 Prozent entfallen. Demgegenüber ist der Anteil der öffentlichen Ausgaben, der jeweils von der PPV und der Kriegssopferfürsorge getragen wird, mit 3,3 Prozent beziehungsweise 0,2 Prozent relativ gering. Die SPV ist damit der wichtigste Kostenträger, der das gesamte Pflegesicherungssystem prägt. Gleichzeitig deckt die SPV aber nur gut zwei Drittel der entstehenden Pflegekosten ab. Gemeinsam finanzieren beide Zweige der Pflegeversicherung, also SPV und PPV, 69,1 Prozent der hier betrachteten Ausgaben. Damit zeigt sich der Teilversicherungscharakter der Pflegeversicherung sehr deutlich.

Weitgehend unberücksichtigt durch die Pflegeversicherung bleiben die Opportunitätskosten der familialen Pflege. Zudem sind die Ausgaben für Verpflegung und Unterkunft im stationären Bereich, die im Januar 2018 je Pflegeheimbewohner mit Pflegegrad 2 bis 5 durchschnittlich 716 Euro betragen, und die Investitionskosten von rund 463 Euro (vdek, 2018, S. 51) nicht berücksichtigt. Diese Ausgaben übersteigen zusammen die durchschnittlichen Ausgaben eines Einpersonenhaushalts für Wohnen, Energie und Wohnungsinstandhaltung (667 Euro) plus Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren (204 Euro) (Statistisches Bundesamt, 2018g, S. 26). Die Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investition sind für viele Pflegebedürftige im Pflegeheim somit zumindest in Teilen auch pflegebedingt, weil sie wegen ihrer Pflegebedürftigkeit gezwungen sind, bei geringerer Wohnfläche teurer zu wohnen.

Kapitel 3

Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen

3 Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen

Ziel des Schwerpunktkapitels ist die Darstellung der Belastungssituation und ihrer gesundheitlichen Auswirkungen in der Altenpflege. Eine Kernfrage ist dabei, wie viel Arbeitskraft durch die zu hohe Belastung verloren geht und ob diese durch eine Verringerung der Belastung gegebenenfalls zurückgewonnen werden kann. Bisherige Studien zur Belastung der Pflegekräfte fassen häufig Krankenpflege und Altenpflege zusammen (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2019b; Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2020). In aller Regel gibt es auch bei einer Fokussierung auf die Altenpflege keine Differenzierung nach Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018a; Kliner et al., 2017; TK, 2019; ver.di, 2009). Da Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte für unterschiedliche Tätigkeiten qualifiziert sind und der Arbeitsmarkt sich unterschiedlich gestaltet, ist eine Differenzierung aber notwendig, wenn über Lösungsmöglichkeiten für die Personalsituation nachgedacht werden soll.

Nachdem in Kapitel 3.1 die Ausgangslage dargestellt wird, werden in Kapitel 3.2 zunächst die Daten und Methoden zur Darstellung der Belastungen, Erkrankungen und Frühverrentungen von Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften beschrieben. Die Erfassung der Arbeitsbelastungen und der empfundenen Arbeitsbelastungen wird auf Grundlage der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen der Jahre 2006, 2012 und 2018 vorgenommen (Kapitel 3.3). Um das Erkrankungsrisiko und die vorzeitige Beendigung der Erwerbstätigkeit zu beschreiben, werden die BARMER-Daten genutzt (Kapitel 3.4). Zur relativen Einordnung werden die Auswertungen in Form eines Berufsgruppenvergleichs durchgeführt. In Kapitel 3.5 wird dargestellt, wie viele Jahre der Erwerbstätigkeit in der Pflege durch überdurchschnittliche Fehlzeiten und häufigere Frühverrentungen verlorengehen. Ein Fazit wird in Kapitel 3.6 gezogen.

3.1 Problemstellung

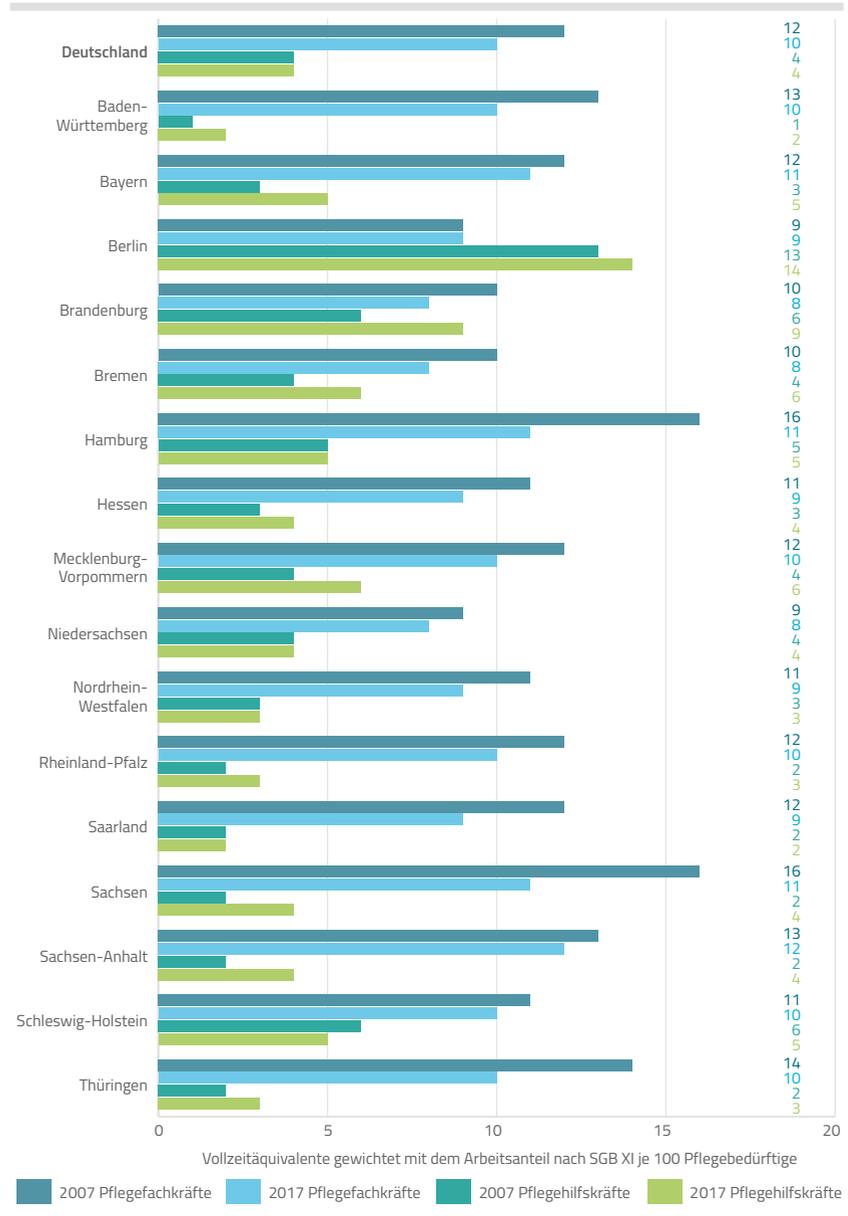
Im Zuge der Corona-Pandemie entstanden durch die Hygieneschutzkonzepte neue Arbeitsbedingungen, die die Belastungen für die Pflegekräfte in vielfältiger Weise erhöht haben: Die Einschränkung der Besuche durch Angehörige hat die Emotionsarbeit als Teil der Interaktionsarbeit (Böhle et al., 2015) für die Pflegekräfte erschwert. Mit der

Maskenpflicht und der Pflicht, bei infizierten Pflegebedürftigen Schutzanzüge zu tragen, entstanden zusätzliche zeitliche Aufwände. Pflegebedürftige können die Mimik der Pflegekräfte nicht mehr wahrnehmen, was wiederum eine emotionale Belastung für beide Seiten nach sich zieht. Diese zusätzlichen Belastungen, die mit einer pandemiebedingt verringerten Personalausstattung bewältigt werden müssen, sind von der Bevölkerung und von politischer Seite wahrgenommen und honoriert worden. Pflege wurde als eine der systemrelevanten Tätigkeiten herausgehoben (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2020). Auf den Balkonen wurde für die Pflegekräfte applaudiert und der Bundestag hatte einen Pflegebonus von bis zu 1.500 Euro beschlossen (BMG, 2020b). Diese Corona-bedingte Anerkennung löst aber nicht das grundsätzliche Problem der Pflege, nämlich die hohe Arbeitsbelastung bei Pflegekräften und die Personalknappheit, aufgrund eines im Vergleich zur Nachfrageentwicklung zu geringen Wachstums des Arbeitsangebots.

Tatsächlich konnte in der Altenpflege von 2015 bis 2019 eine Zunahme der Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten um 87.000 von 514.000 auf 601.000 im Jahr 2019 verzeichnet werden (BA, 2020a, S. 6). Damit ist die positive Entwicklung der Beschäftigtenzahlen stärker als in jeder anderen Branche und die absolute Zahl der Pflegekräfte höher als jemals zuvor. Allerdings fällt diese Entwicklung im ambulanten Sektor hinter die Zunahme der Pflegebedürftigen zurück. Das zeigt schon der Blick auf die Pflegestatistik, die zum einen die Zahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart und zum anderen das Personal in den Versorgungsstrukturen ausweist, wobei das Personal noch nach Berufsgruppen und dem Anteil der pflegerischen Tätigkeiten nach dem SGB XI differenziert wird. Wird der Anteil der pflegerischen Tätigkeiten nach dem SGB XI ins Verhältnis zur Zahl der Pflegebedürftigen im jeweiligen Kontext gesetzt, zeigt sich im ambulanten Sektor eine Abnahme der (in Vollzeitäquivalenten gemessenen) Pflegefachkraftkapazität je 100 Pflegebedürftige, die durch eine gegenläufige Entwicklung bei den Hilfskräften nicht kompensiert werden kann (Abbildung 3.1) Im stationären Sektor übersteigt die Zunahme der Pflegehilfskraftkapazitäten pro versorgtem Heimbewohner dagegen den Rückgang bei den Fachkräften (pro Heimbewohner) (Abbildung 3.2).

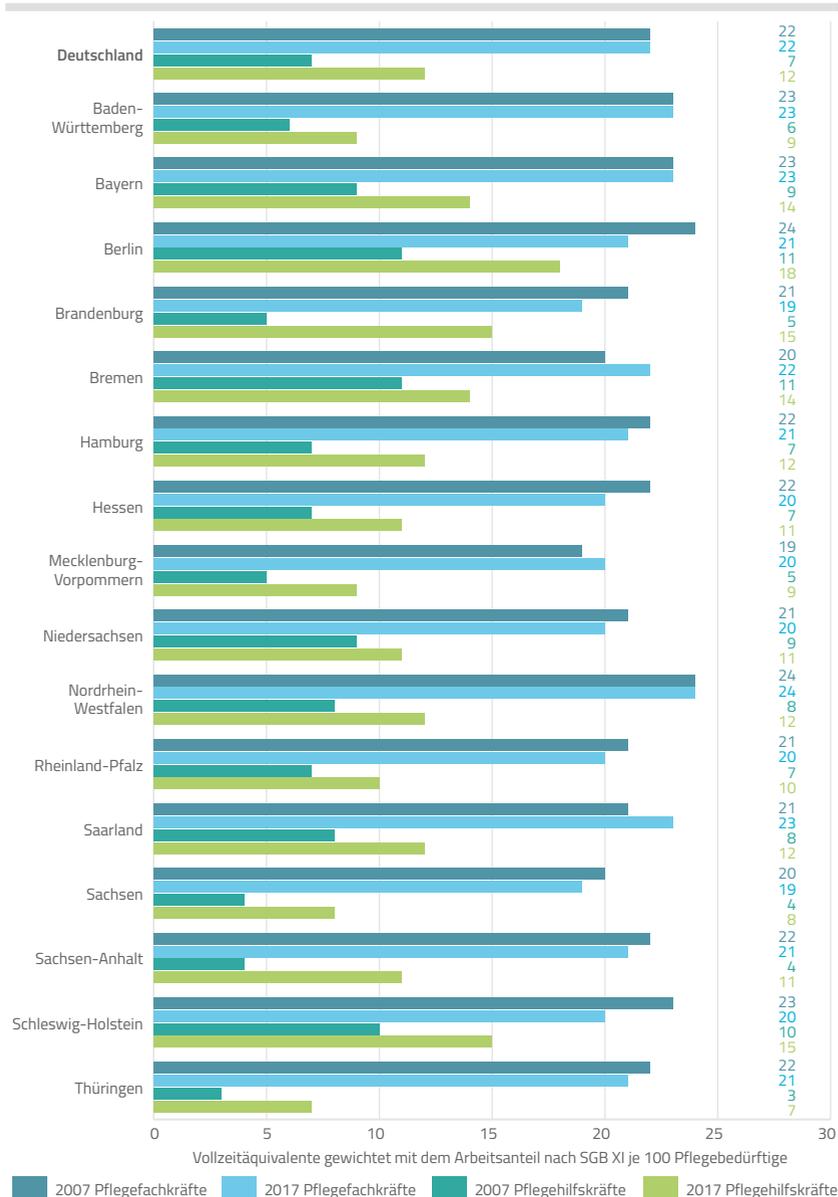
gesunkene Quote der
Pflegefachkräfte je
pflegebedürftige Person

Abbildung 3.1: Pflegekräfte in den Pflegediensten. Vollzeitäquivalente gewichtet mit dem Arbeitsanteil nach SGB XI je 100 Pflegebedürftige in den Jahren 2007 und 2017



Quelle: FDZ-StaBu (2020), eigene Berechnungen

Abbildung 3.2: Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Vollzeitäquivalente gewichtet mit dem Arbeitsanteil nach SGB XI je 100 Pflegebedürftige in den Jahren 2007 und 2017



Quelle: FDZ-StaBu (2020), eigene Berechnungen

höhere Nachfrage
nach Fachkräften als
Angebote

Ergebnis dieser Entwicklungen ist ein äußerst angespannter Arbeitsmarkt: Die Zahl der arbeitslos gemeldeten Altenpflegekräfte ist in den Jahren 2015 bis 2019 von 35.500 auf 30.500 zurückgegangen. Davon waren jeweils 90 Prozent Hilfskräfte. Die Zahl der dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Altenpflegefachkräfte liegt damit nur bei rund 3.000. Demgegenüber ist die Zahl der gemeldeten offenen Stellen im gleichen Zeitraum von 18.300 auf 23.500 gestiegen. Da sich aber nur ein Drittel dieser Stellen auf Hilfskräfte bezieht, stehen den rund 3.000 arbeitssuchenden Fachkräften somit rund 15.000 offene Stellen, also ein fünfmal so hoher Wert gegenüber (BA, 2020a, S. 10). Die Fachkräfteengpassanalyse der Bundesanstalt für Arbeit weist für Dezember 2019 fast flächendeckend einen Fachkräftemangel in der Altenpflege aus (BA, 2020a, S. 16).

Bei den Hilfskräften ist die Zahl der Arbeitssuchenden dagegen noch mehr als dreimal so hoch wie die Arbeitsnachfrage. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass unter den als arbeitslos gemeldeten Hilfskräften nur ein kleiner Teil qualifizierte Altenpflegehilfskräfte sind, so dass der Arbeitsmarkt für Pflegehilfskräfte mit ein- bis zweijähriger Ausbildung nach Landesrecht in etwa ausgeglichen ist (BA, 2020a, S. 10). Sowohl in der Altenpflege als auch in der Krankenpflege ist der Trend der Arbeitslosen-Stellen-Relation zudem sowohl bei den Fach- als auch bei den Hilfskräften seit Jahren rückläufig. Dabei reichte schon im Jahr 2009 die Zahl der arbeitslos gemeldeten Altenpflegefachkräfte nicht aus, um die offenen Stellen zu decken (BA, 2020a, S. 15).

Die Hälfte der ambulanten Pflegedienste hat deshalb einen unerfüllten Personalbedarf. Nur ein Viertel der ambulanten Pflegedienste hat die eingeplanten Stellen auch besetzt (Isfort et al., 2016, S. 72). Mehrheitlich gesucht werden nach der Stichprobe des Pflege-Thermometers Krankenpflegefachkräfte (987 VZÄ) und Altenpflegefachkräfte (719 VZÄ). Im Durchschnitt fehlt etwa eine Pflegefachkraft pro Pflegedienst (Isfort et al., 2016, S. 73). Allein hochgerechnet auf die Pflegestatistik von 2013 ergaben sich daraus schon jeweils ungedeckte Gesuche von rund 10.000 VZÄ an Alten- und Krankenpflegefachkräften (Isfort et al., 2016, S. 79). Seltener werden qualifizierte Altenpflegehilfskräfte (176 VZÄ), Krankenpflegehilfskräfte (144 VZÄ) mit mindestens einjähriger Qualifikation oder angelernte Pflegekräfte (334 VZÄ) gesucht (Isfort et al., 2016, S. 73). Der größte Bedarf besteht dabei im Bereich der behandlungspflegerischen Leistungen und an zweiter Stelle im Bereich der grundpflegerischen Leistungen. Die Bedarfe im Bereich der

Verwaltung/Geschäftsführung sind hingegen relativ gering (Isfort et al., 2016, S. 74). In der stationären Pflege gab es einen nicht gedeckten Bedarf im Umfang von 11.400 Altenpflegefachkräften, 2.500 Krankenpflegefachkräften, 2.300 qualifizierten Altenpflegehilfskräften und 750 Krankenpflegehilfskräften (Isfort et al., 2018, S. 66). Fachpersonal zu akquirieren wird zunehmend als schwierig angesehen (Isfort et al., 2016, S. 87).

Wie angespannt der Arbeitsmarkt ist, zeigt sich auch daran, dass über 60 Prozent der Leitungskräfte in Pflegeheimen aussagen, im Jahr 2017 Bewerber eingestellt zu haben, die fünf Jahre zuvor nicht eingestellt worden wären (Isfort et al., 2018, S. 83).

Die Personalausstattung hängt aber nicht nur davon ab, ob vorhandene Stellen besetzt werden können, sondern auch – insbesondere in der stationären Pflege – von der Stellenausstattung. Diese wird aber schon länger als nicht ausreichend angesehen (Büscher et al., 2020, S. 103; DBfK, 2011; Wingenfeld & Schnabel, 2002, S. 83, 98 ff.) – was sich aktuell bei der Studie zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens bestätigt hat (siehe Kapitel 1.2). Eine bessere Personalausstattung gehört auch in Corona-Zeiten zu den Hauptforderungen der Pflegekräfte (Wolf-Ostermann et al., 2020a, S. 31).

Die Arbeitsmarktsituation und der damit verbundene Personalmangel haben Folgen für die pflegerische Tätigkeit. Bei unzureichender Personalausstattung fallen für die Beschäftigten mehr Überstunden an, die Dienstpläne können nicht verlässlich eingehalten werden, Pflegekräfte werden regelmäßig „aus dem Frei“ gerufen, was zu sinkender Arbeitsmoral und damit auch sinkender Pflegequalität führen kann. Bei einer Befragung gaben 62 Prozent der Befragten an, dass Mehrbelastung der Pflegekräfte wegen Personalmangel oft oder sehr häufig gegeben sei (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2020, S. 6). Laut einer Online-Studie ist ein Drittel der Pflegekräfte im Pflegeheim der Meinung, für zu viele Heimbewohner zuständig zu sein (Fuchs-Frohnhofen et al., 2017, S. 7). Nach dem DGB-Index Gute Arbeit 2012–2017 müssen 42 Prozent der Altenpflegekräfte oft oder sehr häufig Abstriche bei der Qualität ihrer Dienstleistung machen, um ihr Arbeitspensum zu schaffen (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018a, S. 16). Insgesamt werden häufiger Qualitätsabstriche bei Personalmangel gemacht. Bei Personalmangel geben 40 Prozent der Beschäftigten an, oft oder sehr häufig Abstriche bei der Qualität zu machen. Liegt kein Personalmangel vor, sind es nur 14 Prozent (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2019a,

Abstriche in der Qualität
und Patientensicherheit
bei zu geringer Personal-
ausstattung

S. 15). Ein Überblick über einige amerikanische Studien zum Zusammenhang von Personalausstattung und Pflegequalität kommt zu entsprechenden Ergebnissen (Rothgang et al., 2020b, S. 29). Wenn bei interaktiver Arbeit, wie sie in der Altenpflege gegeben ist, oft oder sehr häufig Qualitätsabstriche gemacht werden, kann das psychisch belastende Auswirkungen haben. 35 Prozent der Beschäftigten, die oft oder sehr häufig Qualitätsabstriche bei ihrer Arbeit machen müssen, haben auch oft oder sehr häufig negative, psychisch belastende Erlebnisse (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018b, S. 11). Wenn aufgrund einer zu hohen Arbeitsmenge Abstriche bei der Qualität gemacht werden müssen, kann die Beanspruchung auch nicht durch bessere Ressourcen (Anerkennung, Entwicklungsmöglichkeiten et cetera) kompensiert werden (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2015a, S. 14). Eine ausreichende Personalausstattung ist somit Voraussetzung für gute und motivierte Pflege und adäquat hohe Patientensicherheit und Versorgungsqualität (BMG, 2019b, S. 44; Greß & Stegmüller, 2016, S. 18), eine unzureichende Personalausstattung hingegen eine zentrale Ursache für hohe Belastungen.

Belastende, aber strukturell veränderbare Umstände sind unzureichende Personalausstattungen und daraus resultierende Überstunden, Zeitdruck, nicht verlässliche Dienstpläne und Arbeitsunterbrechungen.

Im Fokus der Betrachtungen zur Belastungssituation stehen meistens die psychischen Belastungen. Einige psychische Belastungsfaktoren sind unweigerlich mit dem Pflegeberuf verbunden. Hierzu zählen die Schichtarbeit, der Umgang mit Krankheit und Tod und entsprechende Abgrenzungsschwierigkeiten. Belastende, aber strukturell veränderbare Umstände sind hingegen unzureichende Personalausstattungen und daraus resultierende Überstunden, Zeitdruck, nicht verlässliche Dienstpläne und Arbeitsunterbrechungen. Zu nennen sind auch körperliche Belastungen wie zum Beispiel das Heben und Lagern von Pflegebedürftigen. Mit der beruflichen Tätigkeit als Pflegekraft können aber auch positive Faktoren verbunden sein. Hierzu zählen Anerkennung, Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten, eine ausgewogene Abforderung der vorhandenen Qualifikation und Fähigkeiten, soziale Einbindung, Beschäftigungssicherheit und die Möglichkeiten zur selbstständigen Tätigkeit. Die Attraktivität des Berufs steigernde Faktoren sind zudem Aufstiegschancen und bessere Einkommensbedingungen (ver.di, 2009, S. 2).

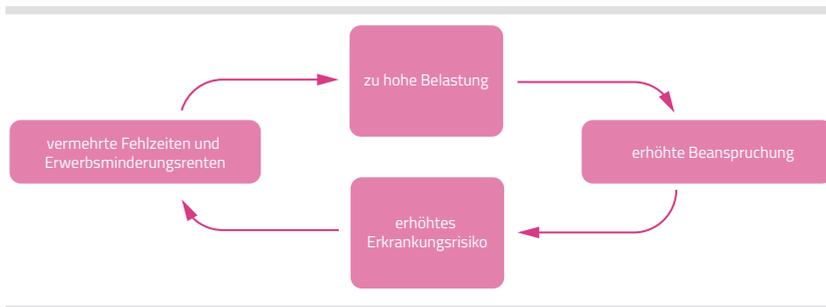
In der Arbeitswissenschaft wird zwischen Belastungen und Beanspruchungen unterschieden. Belastungen sind dabei die Einflüsse, die im Arbeitssystem auf den Menschen wirken. Die Beanspruchung ist hingegen die individuelle Auswirkung der Belastungen beim Menschen. Dies können sowohl Ermüdung oder Schädigungen als auch Übung und

Gewöhnung sein. Menschen haben dabei individuelle Eigenschaften, die zu einer unterschiedlichen Belastbarkeit führen, und unterschiedliche innere und äußere Ressourcen, um diese Belastungen abzufedern (Schlick et al., 2018, S. 24 ff.). Belastungen können demnach unbemerkt bleiben beziehungsweise als nicht störend wahrgenommen oder aber als negativ empfunden werden und dann körperliche und seelische Konsequenzen haben. Belastungen sind in der Alltagssprache in der Regel negativ konnotiert und Beanspruchung wird in der Regel nicht als Auswirkung der Belastung verstanden. In Befragungen zu dem Thema wird daher oft neutral nach dem Vorkommen von Belastungsfaktoren gefragt und anschließend danach, ob diese Faktoren als belastend empfunden werden (Hall et al., 2020a; Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2015a, S. 4).

Die Arbeitswissenschaft definiert Belastungen als Einflüsse, die im Arbeitssystem auf den Menschen wirken. Die Beanspruchung ist hingegen die individuelle Auswirkung der Belastungen beim Menschen.

Kann die Arbeit aufgrund unzureichender Personalausstattung nicht geschafft werden, kommt es zu einer Überlastung durch die Arbeit und eine erhöhte Beanspruchung der Pflegekräfte. In der Folge kann das Erkrankungsrisiko steigen. Diese Entwicklung kann für die einzelne Pflegekraft die Motivation und die Fähigkeit zur weiteren Tätigkeit im Pflegeberuf reduzieren. Vermehrte Fehlzeiten oder gar Berufsaustritte führen dann für die verbleibenden Pflegekräfte wiederum zur Erhöhung der Arbeitsbelastung (schematische Darstellung in Abbildung 3.3). Diesen Teufelskreis gilt es aufzubrechen, wenn die Pflege dauerhaft qualitätsgesichert geleistet werden soll.

Abbildung 3.3: Teufelskreis des Pflegenotstands ausgehend von einer zu geringen Personalausstattung



Quelle: eigene Darstellung angelehnt an Institut DGB-Index Gute Arbeit (2015a, S. 3)

3.2 Daten und Methoden

BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung zur Erfassung der Belastungen

3.2.1 BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung

Für einen Vergleich zwischen Pflegekräften und sonstigen Berufsgruppen bezüglich der Arbeitsbelastungen und der Arbeitsbeanspruchung wird auf die BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen der Jahre 2006, 2012 und 2018 zurückgegriffen. Es handelt sich dabei um repräsentative Befragung von jeweils rund 20.000 Erwerbstätigen zu ihrer Berufstätigkeit. Erhebungseinheit sind erwerbstätige Personen mit einer bezahlten Tätigkeit von mindestens zehn Stunden pro Woche in Deutschland (Hall et al., 2020a; Hall et al., 2020b; Hall & Tiemann, 2020).

Für die Auswertungen in diesem Report sind nur die Antworten der Erwerbstätigen berücksichtigt, die zum Befragungszeitpunkt im Alter von 15 bis 64 Jahren waren. Um eine ausreichende Fallzahl auch für den Vergleich der Pflegehilfskräfte zu ermöglichen, wurden die Befragungen der drei Wellen kumuliert. Es wurden dabei nur die Fragen berücksichtigt, die in allen drei Befragungswellen gestellt wurden.

Die Eingruppierung in die Berufsgruppen erfolgte nach dem Dreisteller der Klassifikation der Berufe von 2010 (KldB2010) (BA, 2011). Da die Pflegeberufe nach dem Dreisteller nicht nach Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften differenziert werden können, wurden für die Auswertungen die Pflegekräfte als Pflegehilfskräfte klassifiziert, für die das geringste Qualifikationsniveau ausgewiesen wurde. Die Altenpflegekräfte sind mit dem Berufsgruppenschlüssel 821 erfasst. Die Berufsgruppe der Krankenpflegekräfte (KldB2010: Berufsgruppe 813) schließt auch Berufe der operationstechnischen oder medizintechnischen Assistenz, Berufe im Rettungsdienst und Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege mit ein.

3.2.2 BARMER-Daten

Mit den BARMER-Daten wird ermittelt, inwieweit sich der Gesundheitszustand und der Versorgungsumfang von Pflegekräften im Vergleich zu sonstigen Berufen unterscheidet. Hierzu werden ambulante Diagnosen, Arbeitsunfähigkeiten (Fehlzeiten), Krankenhausaufenthalte, Arzneimittelverordnungen und Übergänge in die Erwerbsminderungsrente verglichen.

Berufsgruppen

Die Arbeitgeber melden regelmäßig und bei Arbeitgeberwechseln den Tätigkeitsschlüssel an die Krankenkassen. Bis Ende 2011 wurde die Kodierung der Tätigkeit nach der Klassifikation der Berufe 1988 (KldB1988) übermittelt. Anschließend sollte die Tätigkeit nach der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB2010) erfolgen. In den Routinedaten finden sich aber sehr viele über das Jahr 2011 hinaus fortlaufende Tätigkeitsepisoden, die noch nach der alten Klassifikation kodiert sind. Die neueren Kodierungen können zwar die Berufsgruppen präziser wiedergeben, doch werden damit die längeren Berufsverläufe unterrepräsentiert. Daher werden in die Auswertungen sowohl die Episoden mit der alten als auch die Episoden mit der neuen Kodierung verwendet (Tabelle 3.1).

Tabelle 3.1: Definition der Berufsgruppen

	KldB1988	KldB2010
Altenpflegefachkräfte	861 (Sozialarbeiter, Sozialpfleger) inklusive Pflegehilfe und Sozialarbeiter	821 (Altenpflege) ohne 82101 (Altenpflege – Helfer)
Altenpflegehilfskräfte	nicht separat identifizierbar	82101 (Altenpflegehelfer)
Krankenpflegefachkräfte	853 (Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen) inklusive Hebammen	813 (Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst Geburtshilfe) ohne 81301 (Gesundheits-, Krankenpflegehelfer), ohne 8133 (Berufe der operations- oder medizinisch-technischen Assistenz) und ohne 8134 (Berufe im Rettungsdienst)
Krankenpflegehilfskräfte	854 (Helfer in der Krankenpflege) inklusive Sanitäter, Wochenpflegerinnen	81301 (Gesundheits-, Krankenpflegehelfer)
sonstige Berufe	alle anderen Kodierungen	alle anderen Kodierungen

Quelle: BA (1988, 2013)

Selektion und Versichertenjahre

Für den Berufsvergleich werden nur die Informationen von Mitgliedsepisoden verwendet, zu denen gültige Informationen zu Alter, Geschlecht, Tätigkeit und Wirtschaftszweig vorliegen, wobei die Personen in Deutschland leben und zum jeweiligen Erfassungszeitpunkt mindestens zwölf Monate bei der BARMER versichert sein müssen. Für die Auswertungen werden, wenn nicht anders ausgewiesen, die Daten aus dem Zeitraum der Jahre 2016 bis 2018 genutzt. Dabei werden die Berufstätigkeiten von 15- bis 64-jährigen Versicherten auf Tagesebene erfasst und zu Versichertenjahren in den jeweiligen Berufsgruppen zusammengefasst. Insgesamt sind 8,6 Millionen Versichertenjahre in Berufstätigkeit berücksichtigt.

Auswahl: Berufstätige der Jahre 2016 bis 2018 im Alter von 15 bis 64 Jahren: 8,6 Mio. Versichertenjahre

Tabelle 3.2: Anzahl der Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018 nach Berufsgruppen, Alter und Geschlecht

		Altenpflege- fachkräfte	Altenpflege- hilfskräfte	Krankenpflege- fachkräfte	Krankenpflege- hilfskräfte	sonstige Berufe
Alle	Alle	167.891	58.967	422.784	74.059	7.878.630
	Männer	32.336	9.080	58.411	17.872	3.443.260
	Frauen	135.554	49.888	364.372	56.187	4.435.370
	15–19 Jahre	1.932	2.203	5.665	2.610	155.705
	20–24 Jahre	9.346	5.170	31.250	3.592	588.111
	25–29 Jahre	14.017	5.353	38.704	3.838	859.456
	30–34 Jahre	16.309	5.720	35.543	5.406	908.019
	35–39 Jahre	17.994	6.391	38.547	6.371	860.477
	40–44 Jahre	15.344	5.829	42.128	6.801	737.626
	45–49 Jahre	19.441	6.929	57.540	9.451	921.478
	50–54 Jahre	27.153	8.576	72.718	12.623	1.119.523
	55–59 Jahre	27.762	8.191	64.568	13.700	1.029.857
	60–64 Jahre	18.594	4.605	36.121	9.666	698.378
Männer	15–19 Jahre	457	693	962	833	96.795
	20–24 Jahre	2.170	1.515	5.582	1.129	321.747
	25–29 Jahre	3.269	1.263	7.136	1.120	430.633
	30–34 Jahre	3.492	1.180	6.086	1.694	451.065
	35–39 Jahre	4.058	1.090	6.326	2.142	409.776
	40–44 Jahre	3.366	766	5.910	1.927	310.360
	45–49 Jahre	3.866	722	7.237	2.410	355.506
	50–54 Jahre	4.302	758	7.825	2.601	416.658
	55–59 Jahre	4.235	702	7.272	2.437	386.313
	60–64 Jahre	3.120	392	4.075	1.580	264.407
Frauen	15–19 Jahre	1.475	1.510	4.702	1.777	58.910
	20–24 Jahre	7.176	3.655	25.668	2.463	266.364
	25–29 Jahre	10.747	4.091	31.568	2.719	428.823
	30–34 Jahre	12.816	4.540	29.457	3.713	456.954
	35–39 Jahre	13.935	5.301	32.221	4.230	450.701
	40–44 Jahre	11.978	5.064	36.217	4.874	427.266
	45–49 Jahre	15.575	6.208	50.303	7.041	565.972
	50–54 Jahre	22.850	7.818	64.894	10.021	702.866
	55–59 Jahre	23.528	7.489	57.296	11.263	643.543
	60–64 Jahre	15.474	4.213	32.046	8.086	433.971

Quelle: BARMER–Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre

167.891 Versichertenjahre von Altenpflegefachkräften werden mit den BARMER-Daten für die Jahre 2016 bis 2018 abgebildet (Tabelle 3.2). 58.967 Versichertenjahre sind es von Altenpflegehilfskräften, 422.784 Versichertenjahre von Krankenpflegefachkräften und 74.059 Versichertenjahre von Krankenpflegehilfskräften. In allen diesen Berufen ist der Frauenanteil der Versicherten rund drei- bis sechsmal so hoch wie der Männeranteil, während in den sonstigen Berufen der Männeranteil (um rund ein Viertel) erhöht ist. Auch die Altersverteilung gestaltet sich in den betrachteten Berufsgruppen unterschiedlich. Daher werden alle Auswertungen alters- und geschlechtsstandardisiert durchgeführt (Kapitel 3.2.3).

Frauenanteil in Pflegeberufen 3- bis 6-mal so hoch wie der Männeranteil – Männeranteil in sonstigen Berufen um ein Viertel erhöht; darum Standardisierung

Ambulante Diagnosen

Die Diagnosen sind in den Routinedaten der BARMER nach der Klassifikation der Diagnosen des DIMDI verschlüsselt (DIMDI, 2018). Die Diagnosestellungen durch niedergelassene Ärzte liegen prinzipiell je Abrechnungsquartal vor. Eine direkte Zuordnung zu einzelnen Prozeduren ist nicht möglich. In den Behandlungsdaten sind aber je Abrechnungsquartal auch Angaben zum Beginn und zum Ende der Behandlungen gegeben. Sehr häufig sind Behandlungsbeginn und Behandlungsende identisch – nämlich dann, wenn es im Quartal nur einen Arztkontakt gab. Wenn es innerhalb eines Quartals mehrere Arztkontakte gab, fallen Behandlungsbeginn und Behandlungsende auseinander. Vielfach ist aber in diesen Fällen der Behandlungsgrund gleichgeblieben. Für die Zuordnung der Diagnosestellung zu den Berufsepisoden wurde daher der Behandlungsbeginn innerhalb eines Quartals gewählt. Ausgewiesen wird dabei – wenn nicht anders angegeben – die Zahl der Diagnosestellungen je 100 Versichertenjahre in den jeweiligen unterschiedenen Berufsgruppen.

Arbeitsunfähigkeit

Zentrale Kennwerte der Arbeitsunfähigkeit sind die AU-Fälle je Versichertenjahr und die AU-Tage je Versichertenjahr. Die AU-Tage je Versichertenjahr sind dabei proportional zum Krankenstand. Der Krankenstand gibt den durchschnittlichen Anteil krankgeschriebener Versicherter je Kalendertag wieder.

Die zeitliche Zuordnung von AU-Fällen und AU-Tagen zu den Berufsverläufen erfolgt zum Beginn der AU-Zeiten. Die AU-Fälle gehen jeweils mit ihrer Gesamtdauer in die Auswertung ein. Eine Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen aus anderen Gesundheitsberichten ist wegen der unterschiedlichen Erfassung und der zudem in unterschiedlicher Weise stattfindenden Standardisierung nur eingeschränkt möglich. Dies tut der Zielsetzung des vorliegenden Berichts hinsichtlich des Berufsgruppenvergleichs aber keinen Abbruch.

Arzneimittelverordnungen

Zu den eingelösten Arzneimittelverordnungen liegen taggenaue Verordnungsdaten vor. Die Arzneimittelverordnungen lassen sich somit über das Verordnungsdatum exakt den Berufsepisoden zuordnen. Ausgewiesen werden in den Auswertungen die Anzahl der Verordnungen (einzelne Eintragungen auf Rezepten) je Versichertenjahr in den einzelnen Berufsgruppen und das Volumen der Verordnungen, gemessen in „Defined Daily Doses“ (DDD, definierte Tagesdosis). Die DDD bezeichnet die nach pharmakologischen Kriterien festgelegte Substanzmenge, die zur Behandlung einer Person mit einem Präparat unter üblichen Umständen für einen Zeitraum von einem Tag ausreicht. Medikamente werden nach den pharmakologischen Wirkstoffen unterschieden. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gibt im Auftrag des BMG die amtliche deutsche Fassung der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC) Klassifikation mit DDD heraus (DIMDI, 2019).

Krankenhausaufenthalte

Zu den Krankenhausaufenthalten liegen unter anderem das Aufnahmedatum, das Entlassungsdatum und die Hauptdiagnose vor. Die Zuordnung zu den Berufsepisoden erfolgt über das Aufnahmedatum. Die Liegezeit in Tagen wird ermittelt über die Differenz von Entlassungstag minus Aufnahmetag plus eins. Die Liegezeit geht entsprechend den Messungen der AU-Zeiten mit der Gesamtdauer ab dem Aufnahmetag in die Auswertung ein.

Ausgewiesen werden entsprechend den Auswertungen der Fehlzeiten die Zahl der Krankenhaüsfälle und die Summen der Liegezeiten. Differenziert wird dabei nach den Hauptdiagnosen.

Frühverrentung

Das Mitgliedschaftsverhältnis im Lebensverlauf ist in der Regel geprägt durch eine Erwerbstätigkeit und anschließende Rentenzeiten. Da die Rentenzeiten nachfolgend sind, gibt es in der Regel keine zeitgleiche Eintragung eines Tätigkeitsschlüssels in den BARMER-Daten. Eine Erwerbsminderungsrente wurde daher dem zuletzt angegebenen Tätigkeitsschlüssel vor dem Rentenbeginn zugeordnet.

3.2.3 Standardisierung

Da sich die Alters- und Geschlechterstrukturen zwischen den Berufsgruppen unterscheiden, werden die Auswertungen nach Fünf-Jahres-Altersgruppen und Geschlecht standardisiert. Wenn nicht anders angegeben, erfolgt die Standardisierung auf die Zahl der Pflegefachkräfte nach der Pflegestatistik von 2017 – abgekürzt: PFK2017. Dies betrifft in gleicher Weise die Auswertungen der BIBB/BAuA-Befragungen wie auch der BARMER-Daten.

3.3 Belastungen und Ressourcen

Beschäftigte können bei ihrer Tätigkeit einer Reihe an Gefährdungsfaktoren ausgesetzt sein. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin unterteilt die Gefährdungsfaktoren in elf Kategorien (BAuA, 2019):

1. mechanische Gefährdungen, beispielsweise durch bewegte Teile, Ecken und Kanten, rutschige Oberflächen oder Stolperstellen;
2. elektrische Gefährdungen, insbesondere durch elektrischen Schlag;
3. Gefährdungen durch Gefahrstoffe durch Einatmen, Hautkontakt, Brand oder Explosionen;
4. Gefährdungen durch biologische Arbeitsstoffe;
5. Brand- und Explosionsgefährdungen;

6. thermische Gefährdungen (heiße oder kalte Maschinen und Geräte, heiße oder kalte Werkstoffe);
7. Gefährdungen durch spezielle physikalische Einwirkungen wie Lärm, Vibrationen, optische Strahlung, elektromagnetische Felder sowie Unter- oder Überdruck;
8. Gefährdungen durch die Arbeitsumgebung: Klima, Beleuchtung und Licht, Ersticken und Ertrinken, unzureichende Fluchtwege, nicht ergonomische Gestaltung von Bedienelementen einer Maschine;
9. Gefährdungen durch physikalische Belastung/Arbeitsschwere, nämlich
 - manuelle Lastenhandhabung (Heben, Halten, Tragen, Ziehen, Schieben),
 - Arbeit in Zwangshaltungen,
 - Arbeit mit erhöhter Kraftanstrengung und/oder Krafteinwirkung,
 - repetitive Tätigkeiten mit hohen Handhabungsfrequenzen;
10. Gefährdungen durch psychische Belastungsfaktoren, nämlich
 - Arbeitsinhalt/Arbeitsaufgabe: Vollständigkeit der Aufgabe, Handlungsspielraum, Abwechslungsreichtum, Information/Informationsangebot, Verantwortung, Qualifikation, emotionale Inanspruchnahme,
 - Arbeitsorganisation: Arbeitsintensität, Störungen/Unterbrechungen, Kommunikation, Kooperation,
 - Arbeitszeit: Zeiten, Pausen, Nacht- und Schichtarbeit, Wochenendarbeit, Bereitschaftsdienst,
 - soziale Beziehungen (zu Kollegen, zu Vorgesetzten),
 - Arbeitsumgebung: physikalische und chemische Faktoren, physische Faktoren, Arbeitsplatz- und Informationsgestaltung, Arbeitsmittel;
11. Sonstige Gefährdungen durch Menschen (zum Beispiel Überfall, Gewalt), durch Tiere (zum Beispiel gebissen werden) oder durch Pflanzen und pflanzliche Produkte (zum Beispiel sensibilisierende und toxische Wirkungen).

Die BAuA beschreibt in ihrer Darstellung der Gefährdungsfaktoren für viele dieser Bereiche sehr detailliert: Arten der Gefährdungen, Kenngrößen, Beurteilungskriterien, Arbeitsschutzmaßnahmen, Vorschriften und Regeln (BAuA, 2019). Ob sich die Beschäftigten auch belastet fühlen (erhöhte Beanspruchung), muss in Befragungen erfasst werden. Die kumulierten BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen von 2006, 2012 und 2018 bilden im Folgenden die Grundlage der Belastungsbeurteilung. Verglichen werden Altenpflegefachkräfte mit Altenpflegehilfskräften, Krankenpflegefachkräften, Krankenpflegehilfskräften und sonstigen Berufen. In Kapitel 3.3.1 werden die vorstehenden Punkte 1 bis 9 unter physische Belastungen zusammengefasst. In Kapitel 3.3.2 werden die Punkte 10 und 11 als psychische Belastungen zusammengefasst behandelt. Den Belastungen stehen auch Ressourcen entgegen, die in Kapitel 3.3.3 untersucht werden.

3.3.1 Physische Belastungen

Auch wenn für Pflegekräfte insgesamt eine erhöhte Belastung festgestellt wird (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018a, 2019b, 2020), sind Pflegekräfte nicht in allen Bereichen höheren Belastungen ausgesetzt als sonstige Erwerbstätige. Das Arbeiten bei Rauch oder Staub oder unter Gasen oder Dämpfen oder bei Lärm ist in der Pflege seltener gegeben als in sonstigen Berufen (Tabelle 3.3). Andere Arbeitsbelastungen kommen hingegen häufiger vor. Rund 92 Prozent der Altenpflegefachkräfte arbeiten häufig im Stehen (im Vergleich zu 47 Prozent in sonstigen Berufen). Häufiges Heben und Tragen von schweren Lasten wird von 76 Prozent der Altenpflegefachkräfte berichtet (gegenüber 15 Prozent in sonstigen Berufen). Deutlich häufiger sind zudem das Arbeiten in Zwangshaltungen (45 Prozent zu 11 Prozent), das Arbeiten mit mikrobiologischen Stoffen (59 Prozent zu 9 Prozent) und Arbeiten bei grellem Licht oder bei schlechter Beleuchtung (11 Prozent zu 7 Prozent).

häufiges Arbeiten im Stehen, häufiges Heben und Tragen, häufiges Arbeiten in Zwangshaltungen

Aufgrund der anders formulierten Fragen und der nicht vorgenommenen Standardisierung kommt das Institut DGB-Index Gute Arbeit auf etwas andere Anteilswerte. Dennoch werden ebenfalls eine überdurchschnittlich schwere körperliche Arbeit und überdurchschnittlich häufiges Arbeiten in Zwangshaltungen festgestellt (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018a, S. 9; 2019b, S. 5 ff.; 2020, S. 6).

Tabelle 3.3: Arbeitsbedingungen – häufiges Vorkommen

	Altenpflege- fachkräfte	Altenpflege- hilfskräfte	Krankenpflege- fachkräfte	Krankenpflege- gehilfskräfte	sonstige Berufe
Stichprobengröße:	674	167	1.896	150	55.668
Arbeitsbedingungen	Anteile in Prozent				
häufiges Arbeiten im Stehen	92	94	88	92	47
häufiges Heben und Tragen von schweren Lasten	76	69	64	51	15
häufiges Arbeiten bei Rauch, Staub oder unter Gasen, Dämpfen	3	6	6	2	8
häufiges Arbeiten unter Kälte, Hitze, Nässe, Feuchtigkeit, Zugluft	18	21	15	15	13
häufiges Arbeiten in gebückter, hockender, kniender, liegender Stellung	45	45	31	37	11
häufiges Arbeiten bei grellem Licht oder schlechter Beleuchtung	11	12	19	8	7
häufiges Arbeiten bei Lärm	10	8	15	6	19
häufiges Arbeiten mit mikrobiologischen Stoffen	59	44	74	52	9

standardisiert PFK2017

Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006, 2012, 2018

häufigere Belastungen und häufigeres Überlastungsempfinden durch schwere körperliche Tätigkeit und Zwangshaltungen bei Pflegekräften

Gegebene Arbeitsbelastungen führen nicht zwingend zu Überlastungsempfindungen. Obwohl 92 Prozent der Altenpflegefachkräfte häufig im Stehen arbeiten müssen, fühlen sich nur 30 Prozent der Altenpflegefachkräfte durch häufiges Arbeiten im Stehen belastet (Tabelle 3.4). Auch das Arbeiten mit mikrobiologischen Stoffen wird deutlich seltener als belastend empfunden, wie es als Arbeitsbedingung gegeben ist (20 Prozent zu 59 Prozent). Bei schwerer körperlicher Arbeit, in Form von Heben und Tragen (52 Prozent), sowie bei Arbeiten in Zwangshaltung (28 Prozent) ist das Belastungsempfinden dagegen sehr häufig gegeben. In diesen Bereichen fühlen sich nur acht Prozent beziehungsweise fünf Prozent der Beschäftigten in sonstigen Berufen belastet. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Pflegeberufen sind deutlich geringer. Schweres Arbeiten und Zwangshaltungen kommen bei Altenpflegekräften häufiger vor und werden auch häufiger als belastend wahrgenommen als von Krankenpflegekräften. Dafür ist das Arbeiten mit mikrobiologischen Stoffen für Altenpflegekräfte seltener und wird auch seltener als belastend empfunden als von Krankenpflegekräften.

Tabelle 3.4: Arbeitsbedingungen – empfundene Belastungen und Unzufriedenheit

	Altenpflege- fachkräfte	Altenpflege- hilfskräfte	Krankenpflege- fachkräfte	Krankenpflege- gehilfskräfte	sonstige Berufe
Stichprobengröße:	674	167	1.896	150	55.668
Arbeitsbedingungen	Anteile in Prozent				
häufiges Arbeiten im Stehen	30	25	29	22	12
häufiges Heben und Tragen von schweren Lasten	52	46	48	34	8
häufiges Arbeiten bei Rauch, Staub oder unter Gasen, Dämpfen	1	4	4	1	4
häufiges Arbeiten unter Kälte, Hitze, Nässe, Feuchtigkeit, Zugluft	10	14	10	9	7
häufiges Arbeiten in gebückter, hockender, kniender, liegender Stellung	28	22	20	20	5
häufiges Arbeiten bei grellem Licht oder schlechter Beleuchtung	6	6	10	5	4
häufiges Arbeiten bei Lärm	8	6	11	4	12
häufiges Arbeiten mit mikrobiologischen Stoffen	20	19	25	18	3
Unzufriedenheit mit den körperlichen Arbeitsbedingungen	46	44	44	36	15

standardisiert PFK2017

Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006, 2012, 2018

Insgesamt sind Pflegekräfte etwa dreimal so häufig mit den körperlichen Arbeitsbedingungen unzufrieden wie Beschäftigte in sonstigen Berufen (Tabelle 3.4). Dabei unterscheiden sich Altenpflegefachkräfte wenig von Krankenpflegefachkräften und auch wenig von Altenpflegehilfskräften.

3.3.2 Psychische Belastungen

Arbeitsinhalt/Arbeitsaufgabe

Der Handlungsspielraum ist in der Pflege teilweise eingeschränkter als in sonstigen Berufen (Tabelle 3.7), und diese Einschränkung wird auch häufiger als belastend empfunden (Tabelle 3.8). Teilweise ist der Handlungsspielraum aber ebenso groß wie in den sonstigen Berufen (Tabelle 3.5) und in den Folgen auch weniger relevant (Tabelle 3.6). Bei 34 Prozent der Altenpflegefachkräfte und 41 Prozent der Altenpflegehilfskräfte ist die Arbeitsdurchführung häufig bis ins Einzelne vorgeschrieben (im Vergleich zu 22 Prozent

teilweise geringerer
Handlungsspielraum

bei den sonstigen Berufen) (Tabelle 3.7). Das Ausmaß des Handlungsspielraums muss aber nicht automatisch als Belastung empfunden werden. Manche Menschen brauchen mehr Freiheit bei ihrer Arbeit und manche mehr Regelmäßigkeit und Verlässlichkeit. So fühlt sich nur die Hälfte der Altenpflegefachkräfte, die häufig nach detaillierten Vorschriften arbeiten, durch diese auch belastet. Mit 18 Prozent bei den Altenpflegefachkräften und 20 Prozent bei den Altenpflegehilfskräften liegen die Anteile aber deutlich über den 7 Prozent der Beschäftigten in den sonstigen Berufen (Tabelle 3.8). In der Altenpflege wiederholt sich häufiger derselbe Arbeitsgang bis in alle Einzelheiten (62 Prozent bei Altenpflegefachkräften und 65 Prozent bei Altenpflegehilfskräften) als in den sonstigen Berufen (49 Prozent) (Tabelle 3.7). Als belastend werden diese Arbeitsanforderungen aber von weniger als einem Viertel derer empfunden, die den Anforderungen ausgesetzt sind. So fühlen sich nur 14 Prozent der Altenpflegefachkräfte und 8 Prozent der Beschäftigten in sonstigen Berufen durch wiederholte Arbeitsgänge belastet (Tabelle 3.8). Dass man nie seine Arbeit selbst planen und einteilen kann, nie Einfluss auf die Arbeitsmenge hat oder nie entscheiden kann, wann man Pause macht, kommt bei Altenpflegefachkräften etwa so häufig vor wie in sonstigen Berufen (Tabelle 3.5). Die empfundene Belastung ist mit Anteilen von zwei bis acht Prozent relativ selten und unterscheidet sich wenig vom Belastungsempfinden in sonstigen Berufen (Tabelle 3.6).

Krankenpflegefachkräfte haben zwar im Vergleich zu den sonstigen Berufen ebenfalls in einigen Bereichen einen eingeschränkteren Handlungsspielraum. Dieser ist aber größer als bei den Altenpflegekräften. Entsprechend sind auch die empfundenen Belastungen diesbezüglich im Vergleich zu den Altenpflegekräften geringer und im Vergleich zu den sonstigen Berufen höher. Die Hilfskräfte in der Pflege haben jeweils einen eingeschränkteren Handlungsspielraum und fühlen sich mehr belastet (Tabelle 3.5 bis Tabelle 3.8).

Tabelle 3.5: Handlungsspielräume und Informiertheit, die „nie“ gegeben sind

	Altenpflege- fachkräfte	Altenpflege- hilfskräfte	Krankenpflege- fachkräfte	Krankenpflege- gehilfskräfte	sonstige Berufe
Stichprobengröße:	674	167	1.896	150	55.668
nie gegebene Ressourcen	Anteile in Prozent				
Arbeit selbst planen und einteilen	7	7	7	11	7
Einfluss auf die Arbeitsmenge?	23	31	29	31	24
entscheiden, wann man Pause macht	15	22	18	20	18
rechtzeitige Information über Entscheidungen, Veränderungen oder Pläne	14	15	17	16	13
Erhalt aller notwendigen Informationen für die Tätigkeit	8	12	11	11	8

standardisiert PFK2017

Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006, 2012, 2018

Tabelle 3.6: Empfundene Belastung durch Handlungsspielräume und Informiertheit, die „nie“ gegeben sind

	Altenpflege- fachkräfte	Altenpflege- hilfskräfte	Krankenpflege- fachkräfte	Krankenpflege- gehilfskräfte	sonstige Berufe
Stichprobengröße:	674	167	1.896	150	55.668
nie gegebene Ressourcen	Anteile in Prozent				
Arbeit selbst planen und einteilen	2	1	1	4	1
Einfluss auf die Arbeitsmenge?	8	8	11	9	6
entscheiden, wann man Pause macht	6	10	9	9	4
rechtzeitige Information über Entscheidungen, Veränderungen oder Pläne	9	14	14	14	10
Erhalt aller notwendigen Informationen für die Tätigkeit	7	10	10	9	6

standardisiert PFK2017

Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006, 2012, 2018

Hilfskräften fehlen
häufiger Informationen.

Wichtig für den Arbeitsprozess ist häufig eine rechtzeitige und ausführliche Information über die bevorstehende Tätigkeit. Altenpflegefachkräfte sind diesbezüglich in einer ähnlichen Lage wie die Beschäftigten in sonstigen Berufen. Rund 14 Prozent der Altenpflegefachkräfte erhalten nie rechtzeitig Informationen über Entscheidungen, Veränderungen und Pläne und rund 8 Prozent erhalten nie alle notwendigen Informationen für die Tätigkeit. Bei den sonstigen Beschäftigten sind es 13 Prozent und ebenfalls 8 Prozent. Etwas häufiger sind die Hilfskräfte in der Pflege uninformiert (Tabelle 3.5). Meistens wird die Uninformiertheit auch als belastend empfunden. Dies kommt bei den Altenpflegehilfskräften häufiger vor als bei den Altenpflegefachkräften (Tabelle 3.6).

Tabelle 3.7: Arbeitsanforderungen – häufiges Vorkommen

	Altenpflege- fachkräfte	Altenpflege- hilfskräfte	Krankenpfle- gefachkräfte	Krankenpfle- gehilfskräfte	sonstige Berufe
Stichprobengröße:	674	167	1.896	150	55.668
Arbeitsanforderungen	Anteile in Prozent				
häufig ist die Arbeitsdurchführung bis ins Einzelne vorgeschrieben	34	41	29	39	22
häufig wiederholt sich derselbe Arbeitsgang bis in alle Einzelheiten	62	65	54	67	49
es werden häufig Dinge verlangt, die nicht erlernt wurden	5	14	6	10	8
häufig verschiedenartige Arbeiten oder Vorgänge gleichzeitig im Auge behalten	69	59	80	53	63
häufig neue Aufgaben, in die man sich erst hineindenken muss	35	31	39	24	39
häufige Vorschrift bezüglich Stückzahl, Mindestleistung oder Zeit für bestimmte Arbeiten	52	53	33	38	27
häufiger Termin- und Leistungsdruck	63	53	71	46	50
häufige Störungen oder Unterbrechungen	54	38	68	45	48
häufig sehr schnell arbeiten	53	54	59	46	39
häufig bis an die Grenzen der Leistungsfähigkeit	31	24	32	26	16

standardisiert PFK2017

Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006, 2012, 2018

Tabelle 3.8: Arbeitsanforderungen – empfundene Belastungen und Unzufriedenheiten

	Altenpflege- fachkräfte	Altenpflege- hilfskräfte	Krankenpflege- fachkräfte	Krankenpflege- gehilfskräfte	sonstige Berufe
Stichprobengröße:	674	167	1.896	150	55.668
Arbeitsanforderungen	Anteile in Prozent				
häufig ist die Arbeitsdurchführung bis ins Einzelne vorgeschrieben	18	20	13	17	7
häufig wiederholt sich derselbe Arbeitsgang bis in alle Einzelheiten	14	14	10	15	8
es werden häufig Dinge verlangt, die nicht erlernt wurden	3	9	4	7	4
häufig verschiedenartige Arbeiten oder Vorgänge gleichzeitig im Auge behalten	26	25	37	19	18
häufig neue Aufgaben, in die man sich erst hineindenken muss	9	7	10	6	7
häufige Vorschrift bezüglich Stückzahl, Mindestleistung oder Zeit für bestimmte Arbeiten	40	44	26	22	12
häufiger Termin- und Leistungsdruck	50	42	56	35	32
häufige Störungen oder Unterbrechungen	36	26	53	28	28
häufig sehr schnell arbeiten	42	41	40	27	17
häufig bis an die Grenzen der Leistungsfähigkeit	28	22	28	21	12
häufige gefühlsmäßige Belastung durch die Arbeit	40	35	38	28	13
Unzufriedenheit mit dem Inhalt der Tätigkeit	7	9	7	9	8
Unzufriedenheit mit der Möglichkeit, Fähigkeiten anzuwenden	11	15	12	14	13
Unzufriedenheit mit der Arbeitszeit	24	18	27	20	18

standardisiert PFK2017

Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006, 2012, 2018

Inwieweit die Qualifikation den Anforderungen entspricht, lässt sich daran erkennen, ob die Beschäftigten sich den Anforderungen gewachsen oder aber sich durch die Art der Anforderungen belastet fühlen. Ein erstes Indiz für eine ausreichende Qualifikation von Pflegefachkräften ist die Feststellung, dass nur selten (fünf Prozent der Altenpflegefachkräfte und sechs Prozent der Krankenpflegefachkräfte) Dinge verlangt werden, die sie nicht gelernt haben – seltener sogar als in sonstigen Berufen (acht Prozent). Die

Hilfskräfte häufiger
fachlich überfordert

Altenpflegehilfskräfte haben dagegen häufiger mit Dingen zu tun, die sie nicht gelernt haben (14 Prozent) (Tabelle 3.7). Wenn Dinge verlangt werden, die nicht erlernt wurden, wird das mehrheitlich auch als belastend empfunden (drei Prozent und vier Prozent bei den Pflegefachkräften sowie neun Prozent und sieben Prozent bei den Hilfskräften) (Tabelle 3.8).

Komplexität und Flexibilität im Arbeitsalltag ist kein Spezifikum des Pflegeberufs. Zwar müssen 69 Prozent der Altenpflegefachkräfte häufig verschiedene Arbeiten und Vorgänge gleichzeitig im Auge behalten, aber das trifft ebenso auf 63 Prozent der Beschäftigten in sonstigen Berufen und sogar auf 80 Prozent der Krankenpflegefachkräfte zu. Entsprechend der Qualifikation sind die Werte bei den Altenpflegehilfskräften (59 Prozent) und den Krankenpflegehilfskräften (53 Prozent) niedriger (Tabelle 3.7). Dennoch wird diese Komplexität der Arbeit von den Altenpflegehilfskräften fast genauso oft als belastend wahrgenommen wie von den Altenpflegefachkräften (26 Prozent im Vergleich zu 25 Prozent) und dabei deutlich häufiger als in den sonstigen Berufen (18 Prozent) (Tabelle 3.8). Veränderungen im Arbeitsablauf sind sogar seltener als bei sonstigen Berufen. Obwohl der Anteil derer, die sich häufig in neue Aufgaben hineindenken müssen, sowohl bei den Altenpflegefachkräften als auch bei den Altenpflegehilfskräften niedriger ist als bei den sonstigen Beschäftigten (Tabelle 3.7), fühlen sich Altenpflegefachkräfte tendenziell mehr durch die neuen Herausforderungen belastet als die Beschäftigten in sonstigen Berufen (Tabelle 3.8).

Die Reaktion auf die Komplexität und Flexibilität im Arbeitsalltag zeigt, dass die Pflegekräfte in ihrem Arbeitsumfeld schneller aufgrund der Arbeitsanforderungen überlastet sind. Dies zeigt sich auch in der Beurteilung, inwieweit es eine Über- oder Unterforderung bezüglich der fachlichen Kenntnisse und Fähigkeiten gibt. Zwar geben tendenziell mehr Pflegekräfte an, unterfordert (zehn Prozent der Altenpflegefachkräfte) als überfordert (acht Prozent der Altenpflegefachkräfte) zu sein. In den sonstigen Berufen ist das Verhältnis von 14 Prozent zu 4 Prozent aber deutlich höher. Zudem wird von den Pflegekräften auch häufiger darauf hingewiesen, dass die fachlichen Anforderungen zugenommen haben (Tabelle 3.9).

Tabelle 3.9: Über- und Unterforderungen und Veränderungen der Anforderungen

	Altenpflege- fachkräfte	Altenpflege- hilfskräfte	Krankenpflege- fachkräfte	Krankenpflege- gehilfskräfte	sonstige Berufe
Stichprobengröße:	674	167	1.896	150	55.668
Arbeitsanforderungen	Anteile in Prozent				
eher überfordert durch Anforderungen an fachliche Kenntnisse und Fähigkeiten	8	14	7	7	4
eher unterfordert durch Anforderungen an fachliche Kenntnisse und Fähigkeiten	10	13	8	13	14
fachliche Anforderungen haben zugenommen	51	38	57	37	46
fachliche Anforderungen haben abgenommen	1	1	1	0	2
eher überfordert durch die Arbeitsmenge	32	35	37	29	20
eher unterfordert durch die Arbeitsmenge	2	2	3	4	6
Stress und Arbeitsdruck haben zugenommen	50	44	62	47	42
Stress und Arbeitsdruck haben abgenommen	6	4	4	7	7

standardisiert PFK2017

Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006, 2012, 2018

Beschäftigte, die oft oder sehr häufig mit Patienten, Klienten oder Kundschaft arbeiten, sind Belastungen ausgesetzt, die bei gegenstandsbezogenen Arbeiten deutlich weniger auftreten. Dazu gehören Konflikte und Streitigkeiten mit Patienten, Klienten oder Kundschaft, Arbeitssituationen, die vorher nicht einzuplanen waren, oder gesteigerte Anforderungen an die emotionale Selbstkontrolle (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018b, S. 5). Im Rahmen der Befragung zum DGB-Index Gute Arbeit gaben 21 Prozent der Altenpflegekräfte an, oft oder sehr häufig Konflikte oder Streitigkeiten mit Patienten, Klienten oder Kundschaft zu haben. Bei allen Beschäftigten sind es nur 13 Prozent (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018a, S. 11). Innere Konflikte können auch durch widersprüchliche Arbeitsanforderungen entstehen. Bei den Altenpflegekräften kommt es bei 46 Prozent der Beschäftigten oft oder sehr häufig vor, dass verschiedene Anforderungen an sie gestellt werden, die nur schwer miteinander zu vereinbaren sind. Bei allen Beschäftigten betrifft das nur 33 Prozent (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018a, S. 10). 48 Prozent der

Altenpflegekräfte müssen zudem oft oder sehr häufig bei der Arbeit ihre Gefühle verbergen. Dies betrifft nur 30 Prozent aller Beschäftigten (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018a, S. 12). Entsprechend gaben auf Grundlage der BIBB/BAuA-Befragungen 40 Prozent der Altenpflegefachkräfte an, häufig eine gefühlsmäßige Belastung durch die Arbeit zu empfinden. Nur von 13 Prozent der Beschäftigten in sonstigen Berufen werden solche Belastungen berichtet (Tabelle 3.8). Die emotionale Belastung ist in der Altenpflege in der Summe deutlich höher als bei den Beschäftigten in sonstigen Berufen. Dennoch sind Alten- und Krankenpflegefachkräfte etwas seltener mit dem Inhalt ihrer Tätigkeit oder den Möglichkeiten, ihre Fähigkeiten anzuwenden, unzufrieden als Beschäftigte in sonstigen Berufen. Ewas häufiger unzufrieden mit den Inhalten und den Möglichkeiten sind die Hilfskräfte (Tabelle 3.8).

Arbeitszeit

mehr Schichtarbeit
und geringe Gestaltungs-
möglichkeit der
Arbeitszeit

Schichtarbeit oder Arbeiten am Wochenende ist in Pflegeberufen sehr häufig. Nach dem DGB-Index Gute Arbeit 2016–2019 arbeiten 73 Prozent der Pflegekräfte am Wochenende – im Vergleich zu 28 Prozent bei allen Berufsgruppen. Von den Pflegekräften arbeiten 57 Prozent am Abend, 31 Prozent nachts und 62 Prozent in Schichtarbeit. In allen Berufsgruppen sind es nur 27 Prozent, 9 Prozent und 16 Prozent (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2020, S. 5). Altenpflegekräfte sind dabei noch mehr von Schichtarbeit und Wochenendarbeit, aber weniger von Nachtarbeit betroffen als die Pflege insgesamt. Nach dem DGB-Index Gute Arbeit 2012–2017 arbeiten von den Altenpflegekräften 82 Prozent am Wochenende, 54 Prozent abends, 17 Prozent nachts und 69 Prozent im Schichtdienst, (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018a, S. 13). Es kann entlastend wirken, wenn die Beschäftigten selbst Einfluss auf ihre Arbeitszeit nehmen können. Nach dem DGB-Index Gute Arbeit 2012–2017 haben 47 Prozent der Beschäftigten in (sehr) hohem Maße Einfluss auf die Gestaltung ihrer Arbeitszeiten. Von den Altenpflegekräften sind es dagegen nur 29 Prozent (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018a, S. 15). Die vergleichsweise geringe Gestaltungsmöglichkeit der Arbeitszeiten muss daher als belastender Faktor angesehen werden. Entsprechend sind auch mehr Pflegekräfte als Beschäftigte in sonstigen Berufen unzufrieden mit ihrer Arbeitszeit. Von den Altenpflegefachkräften sind 24 Prozent unzufrieden, während es bei den sonstigen Beschäftigten nur 18 Prozent sind (Tabelle 3.8).

Arbeitsorganisation

Die Arbeitsintensität und damit der Stress und der Arbeitsdruck haben insbesondere aus Sicht der Pflegefachkräfte zugenommen (Altenpflege 50 Prozent, Krankenpflege 62 Prozent). Die Altenpflegehilfskräfte (44 Prozent) und Krankenpflegehilfskräfte (47 Prozent) berichten dies nur unwesentlich häufiger als die Beschäftigten in sonstigen Berufen (42 Prozent). Dass Stress oder Arbeitsdruck abgenommen hätten, wird allgemein weniger berichtet (Tabelle 3.9). Pflegekräfte sind häufiger mit Zeitdruck und Hetze konfrontiert als Beschäftigte in anderen Berufen (Tabelle 3.7) und fühlen sich dadurch auch häufiger belastet (Tabelle 3.8). Von den Altenpflegefachkräften geben 52 Prozent an, häufige Vorschriften bezüglich der Stückzahl, der Mindestleistung oder der Zeit für bestimmte Arbeiten zu haben (im Vergleich zu 27 Prozent in den sonstigen Berufen). Häufig unter Termin- und Leistungsdruck stehen 63 Prozent (50 Prozent bei den sonstigen Berufen), häufige Störungen und Unterbrechungen berichten 54 Prozent (48 Prozent bei den sonstigen Berufen), häufig sehr schnell arbeiten müssen 53 Prozent (39 Prozent bei den sonstigen Berufen) und 31 Prozent der Altenpflegefachkräfte geben an, häufig bis an die Grenze der Leistungsfähigkeit zu gehen (16 Prozent bei den sonstigen Berufen) (Tabelle 3.7). Während physische Belastungen und gegebene Arbeitsinhalte oftmals nicht als belastend empfunden werden, zeigt die Arbeitsintensität deutlichere Wirkungen. So fühlen sich 40 Prozent der Altenpflegefachkräfte durch häufige Vorschriften bezüglich der Mindestleistung oder der Zeit für bestimmte Arbeiten belastet. Von Altenpflegefachkräften häufig als belastend empfunden werden zudem Termin- und Leistungsdruck (50 Prozent), Störungen und Unterbrechungen (36 Prozent), schnell arbeiten müssen (42 Prozent) und das Arbeiten bis an die Grenzen der Leistungsfähigkeit (28 Prozent). Die Pflegehilfskräfte fühlen sich in der Regel durch die Arbeitsintensität weniger belastet als die Fachkräfte, aber immer noch mehr als die Beschäftigten in sonstigen Berufen (Tabelle 3.8). In der Summe führt die Arbeitsintensität dazu, dass sich 32 Prozent der Altenpflegefachkräfte von der Arbeitsmenge überfordert fühlen. Von den Beschäftigten in den sonstigen Berufen sind es nur 20 Prozent. Von den Beschäftigten in sonstigen Berufen fühlen sich sogar sechs Prozent unterfordert. Dies trifft nur bei zwei Prozent der Altenpflegefachkräfte zu (Tabelle 3.9).

Termin- und Leistungsdruck wird 50 % häufiger als belastend empfunden als in sonstigen Berufen.

Die zu hohe Arbeitsintensität verbunden mit dem Zeitdruck (siehe auch Fuchs-Frohnhofer et al., 2017, S. 7; Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2020, S. 6; ver.di, 2009, S. 7) wird mit schlechtem Informationsfluss (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018a, S. 7), zu vielen gleichzeitig zu bearbeitenden Vorgängen und Projekten, einer zu knappen Personalbemessung und ungeplanten Zusatzaufgaben (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2015c, S. 6) in Verbindung gebracht. Die Folgen sind viele Überstunden (ver.di, 2009, S. 13), die in der Altenpflege häufiger nicht so ausgeglichen werden können, wie es von den Beschäftigten gewünscht wird (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018a, S. 15; ver.di, 2009, S. 7). Dabei wird von weiter steigender Anzahl an geleisteten Überstunden berichtet (Isfort et al., 2018, S. 68; Isfort et al., 2016, S. 85). Überstunden und das Einspringen für kranke Kollegen haben Einfluss auf die Verlässlichkeit der Dienstpläne. Ein Großteil der Altenpflegekräfte kann sich aber nicht auf die Dienstpläne verlassen (ver.di, 2009, S. 7). Ganz im Gegenteil wird von ihnen sogar doppelt so häufig verlangt, ständig erreichbar zu sein, wie von anderen Beschäftigten (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018a, S. 15). Das Einspringen an frei geplanten Zeiten hat nach Aussagen von Führungskräften in Pflegeheimen zuletzt zudem weiter zugenommen (Isfort et al., 2018, S. 68).

Gewalt

Pflegekräfte sind häufig auch mit gegen sie gerichteter Gewalt konfrontiert und müssen mit den damit zusammenhängenden Ängsten umgehen und Lösungsmuster erlernen (Panke-Kochinke, 2008). Im Zeitraum von zwölf Monaten haben fast 80 Prozent der Pflegekräfte Gewalt erlebt – davon berichten 94 Prozent von verbalen und 70 Prozent von körperlichen Gewalterlebnissen. Die Betroffenheit in der ambulanten Pflege ist dabei geringer als in der stationären Pflege. Sehr häufig sind Beschimpfungen, Kniefen und Kratzen, aber auch Schläge, Bedrohungen und sexuelle Belästigungen. Die Folgen sind häufig Ärger, Wut, Angst, Selbstzweifel, Hilflosigkeit und vieles mehr. Selten sind ärztliche Behandlungen erforderlich (Schablon et al., 2019, S. 92 ff.).

Synopse

Insgesamt ist die empfundene psychische Belastung der Altenpflegefachkräfte bei 11 der 14 in Tabelle 3.8 enthaltenen Items (meist deutlich) höher als bei den sonstigen Berufen. Für die Altenpflegehilfskräfte trifft dies auf 11 der 14 Items zu. Bei der summarischen

Angabe der „gefühlsmäßige Belastung durch die Arbeit“ sind die Zustimmungsraten mehr als (Altenpflegefachkräfte) oder annähernd (Altenpflegehilfskräfte) dreimal so hoch wie bei den sonstigen Beschäftigten, so dass insgesamt von einer – im Vergleich zur Gesamtheit der Beschäftigten – deutlich erhöhten psychischen Belastung ausgegangen werden muss.

gefühlsmäßige Belastung bei Pflegekräften rund 3-mal so hoch wie bei sonstigen Beschäftigten

3.3.3 Ressourcen

Sind nicht genügend Ressourcen vorhanden, die geeignet sind, einen Teil der Belastungen zu ertragen oder zu kompensieren, kann auch das schon zur überhöhten Belastung werden. Wenn für die geleistete Arbeit die Anerkennung ausbleibt und – schlimmer noch – stattdessen Kritik erfolgt, wird dieser Aspekt zur Belastung.

Anerkennung und soziale Beziehungen (zu Kollegen, zu Vorgesetzten)

Die Sinnhaftigkeit der Tätigkeit ist für die eigene Zufriedenheit ein wichtiger Faktor. 93 Prozent der Altenpflegekräfte sind der Meinung, einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten. Dieser Wert liegt deutlich über dem aller Beschäftigten (67 Prozent) (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018a, S. 4). Die hohe gesellschaftliche Relevanz ihrer beruflichen Tätigkeit wird generell von der großen Mehrheit (98 Prozent) in medizinischen und anderen Gesundheitsberufen gesehen (Schütz, 2017, S. 41). Dass Pflegekräfte nie das Gefühl hätten, ihre Arbeit sei wichtig, kommt so gut wie gar nicht vor (Tabelle 3.10) und kann somit auch keine Überlastung erzeugen (Tabelle 3.11). So sehr die Pflegekräfte ihre Tätigkeit als gesellschaftlich sinnvoll erachten, fehlt ihnen aber die Anerkennung. Mit der gesellschaftlichen Anerkennung für ihre Berufstätigkeit sind nur 53 Prozent der Pflegekräfte zufrieden (im Gegensatz zu 72 Prozent bei allen Beschäftigten) (Schütz, 2017, S. 42). Zu der fehlenden Anerkennung der pflegerischen Tätigkeit gesellt sich die größere Häufigkeit der Konflikte mit Patienten, Klienten oder Angehörigen (siehe Kapitel 3.3.2). Die meisten Altenpflegekräfte (89 Prozent) berichten dabei, dass sie sehr häufig von Dritten herablassend oder unwürdig behandelt werden (ver.di, 2009, S. 7). Insgesamt fehlt den Pflegekräften somit die gesellschaftliche Anerkennung für eine von ihnen selbst als gesellschaftlich sinnvoll angesehene Tätigkeit.

Unzufriedenheit mit gesellschaftlicher Anerkennung

Tabelle 3.10: Soziale Ressourcen, die „nie“ gegeben sind

	Altenpflege- fachkräfte	Altenpflege- hilfskräfte	Krankenpflege- fachkräfte	Krankenpflege- gehilfskräfte	sonstige Berufe
Stichprobengröße:	674	167	1.896	150	55.668
nie gegebene Ressourcen	Anteile in Prozent				
nie das Gefühl, dass die eigene Tätigkeit wichtig sei	0	0	1	0	2
nie das Gefühl, am Arbeitsplatz Teil einer Gemeinschaft zu sein	2	2	1	3	3
nie das Empfinden, die Zusammenarbeit mit den Kollegen wäre gut	1	1	0	0	1
nie Hilfe oder Unterstützung von den Kollegen	1	2	1	3	2
nie Hilfe oder Unterstützung von den direkten Vorgesetzten	5	7	6	11	5

standardisiert PFK2017

Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006, 2012, 2018

Tabelle 3.11: Empfundene Belastungen durch soziale Ressourcen, die „nie“ gegeben sind

	Altenpflege- fachkräfte	Altenpflege- hilfskräfte	Krankenpflege- fachkräfte	Krankenpflege- gehilfskräfte	sonstige Berufe
Stichprobengröße:	674	167	1.896	150	55.668
nie gegebene Ressourcen	Anteile in Prozent				
nie das Gefühl, dass die eigene Tätigkeit wichtig sei	0	0	0	0	1
nie das Gefühl, am Arbeitsplatz Teil einer Gemeinschaft zu sein	0	1	0	0	1
nie das Empfinden, die Zusammenarbeit mit den Kollegen wäre gut	1	1	0	0	0
nie Hilfe oder Unterstützung von den Kollegen	1	1	0	0	1
nie Hilfe oder Unterstützung von den direkten Vorgesetzten	3	3	2	6	2

standardisiert PFK2017

Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006, 2012, 2018

Neben der externen Anerkennung spielt auch die interne Anerkennung, das Verhältnis zwischen den Kollegen und zu den Vorgesetzten, eine große Rolle für die eigene Zufriedenheit. Dass Pflegefachkräfte nie das Gefühl haben, am Arbeitsplatz Teil einer Gemeinschaft zu sein, nie das Empfinden haben, die Zusammenarbeit mit den Kollegen wäre gut, oder nie Hilfe oder Unterstützung von den Kollegen bekommen ist eine große Ausnahme (Tabelle 3.10). Entsprechend resultieren hieraus auch fast keine empfundenen Belastungen (Tabelle 3.11). Etwas anders sieht es im Verhältnis zu den Vorgesetzten aus. Fünf Prozent der Altenpflegefachkräfte erhalten nie Hilfe oder Unterstützung von ihren Vorgesetzten. Dies trifft aber in gleicher Weise für die Beschäftigten in sonstigen Berufen zu. Die Pflegehilfskräfte – insbesondere in der Krankenpflege – sind häufiger ohne Unterstützung (Tabelle 3.10). Der Anteil derer, die hierin eine Belastung sehen, ist in allen Pflegeberufen etwa halb so hoch wie der Anteil derer, die diesen Zustand als zutreffend beschreiben (Tabelle 3.11). Unzufriedenheit mit dem Betriebsklima geben 16 Prozent und Unzufriedenheit mit den direkten Vorgesetzten 15 Prozent der Altenpflegefachkräfte an. In den sonstigen Berufen sind die entsprechenden Werte mit 13 Prozent beziehungsweise 14 Prozent etwas geringer. Die Altenpflegehilfskräfte sind dagegen häufiger unzufrieden mit dem Betriebsklima (25 Prozent) und den Vorgesetzten (20 Prozent) (Tabelle 3.12).

Hilfskräfte häufiger
unzufrieden mit dem
Betriebsklima

Tabelle 3.12: Unzufriedenheit mit den Ressourcen und der Arbeit insgesamt

	Altenpflege- fachkräfte	Altenpflege- hilfskräfte	Krankenpfle- gefachkräfte	Krankenpfle- gehilfskräfte	sonstige Berufe
Stichprobengröße:	674	167	1.896	150	55.668
Aspekte der Tätigkeit	Anteile in Prozent				
Betriebsklima	16	25	19	19	13
direkte Vorgesetzte	15	20	18	20	14
Möglichkeit der Weiterbildung	13	20	21	21	26
Aufstiegsmöglichkeiten	22	30	31	23	31
Einkommen	48	51	44	44	28
insgesamt	10	14	9	11	8

standardisiert PFK2017

Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006, 2012, 2018

Arbeitsplatzsicherheit und Aufstiegschancen

Die berufliche Zukunft und die Arbeitsplatzsicherheit wurden im DGB-Index 2007/2008 von 62 Prozent der Altenpflegekräfte negativ bewertet (ver.di, 2009, S. 6). Rund 75 Prozent hatten sogar Angst um ihre berufliche Zukunft. Die Beschäftigungssicherheit von Altenpflegekräften wird aber inzwischen mit einem Indexwert von 74 vom DGB-Index 2012–2017 leicht besser bewertet als die Beschäftigungssicherheit in allen Berufen, deren Indexwert bei 71 liegt (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018a, S. 4).

Im Bereich der Weiterbildungsmöglichkeiten ist die Pflege besser aufgestellt als der Durchschnitt der Beschäftigten. Nach dem DGB Index Gute Arbeit wird es 71 Prozent der Altenpflegekräfte in (sehr) hohem Maße ermöglicht, sich entsprechend ihren beruflichen Anforderungen weiterzubilden. Bei allen Beschäftigten sind es nur 54 Prozent, die sich so äußern (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018a, S. 18). Entsprechend sind auch nur 13 Prozent der Altenpflegefachkräfte mit ihren gegebenen Möglichkeiten zur Weiterbildung unzufrieden (Tabelle 3.12). Von den Altenpflegehilfskräften sind diesbezüglich schon 20 Prozent unzufrieden, damit aber immer noch weniger als bei den Beschäftigten in sonstigen Berufen (26 Prozent). Auch bei den Aufstiegschancen ist die Unzufriedenheit bei den Altenpflegefachkräften mit 22 Prozent geringer als bei den Altenpflegehilfskräften (30 Prozent) und bei den Beschäftigten in sonstigen Berufen (31 Prozent) (Tabelle 3.12).

Einkommen

Die Anpassung des Einkommens ist eine wesentliche Maßnahme, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu beeinflussen. Der Median des durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommens lag 2012 für vollzeitbeschäftigte Fachkräfte in der Altenpflege bei 2.373 Euro und für qualifizierte Altenpflegehilfskräfte bei 1.682 Euro. Bis 2018 sind die Medianeinkommen um 21,2 Prozent beziehungsweise 21,3 Prozent auf 2.877 Euro und 2.041 Euro gestiegen. Für alle Beschäftigten lag der Median des durchschnittlichen Monatsbruttoeinkommens 2012 bei 2.876 Euro und damit weitaus höher als das Einkommen in der Altenpflege. Der Anstieg um 14,9 Prozent auf 3.304 Euro ist bei allen Beschäftigten dann aber schwächer ausgeprägt (BA, 2020a, S. 7; Carstensen et al., 2020, S. 3). Damit gab es für die Altenpflege zwar eine Annäherung an das durchschnittliche Einkommensniveau (für

unterdurchschnittliches
Einkommen in der
Altenpflege

Vollzeitbeschäftigte), es liegt aber immer noch um 13 Prozent (für Fachkräfte) beziehungsweise 38 Prozent (für Hilfskräfte) unter diesem Vergleichswert.

Entsprechend ist der Anteil der mit dem Einkommen unzufriedenen Beschäftigten in der Pflege – insbesondere in der Altenpflege – höher als bei den Beschäftigten in den sonstigen Berufen. Während rund die Hälfte der Altenpflegefachkräfte mit dem Einkommen unzufrieden ist, sind es bei den sonstigen Berufen nur 28 Prozent (Tabelle 3.12). Nach dem DGB-Index Gute Arbeit finden 73 Prozent der Beschäftigten in Pflegeberufen (inklusive Krankenpflege) ihr Einkommen der Arbeitsleistung gar nicht oder nur in geringem Maße angemessen und 53 Prozent geben sogar an, Schwierigkeiten zu haben, mit ihrem Einkommen über die Runden zu kommen (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2020, S. 1, 3). Diese Diskrepanz zwischen Leistung und Entlohnung liegt bei den Altenpflegekräften noch höher. Von 78 Prozent der Altenpflegekräfte wird angegeben, sie werden nicht leistungsgerecht entlohnt. Nur 48 Prozent aller Beschäftigten sehen das jeweils für sich so (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018a, S. 5). 52 Prozent der Altenpflegekräfte gehen zudem davon aus, dass die Rente nicht ausreichen wird (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018a, S. 6).

Arbeitszufriedenheit insgesamt

Die Arbeitsbedingungen in der Altenpflege sind nicht in allen Bereichen belastender als in sonstigen Berufen, und die Arbeitsanforderungen in der Altenpflege sind auch nicht immer höher als in sonstigen Berufen. Entsprechend sind auch die empfundenen Arbeitsbelastungen durch Arbeitsbedingungen, Arbeitsanforderungen oder fehlende Ressourcen nicht immer höher als in sonstigen Berufen. Das Arbeiten in Rauch, Staub, Gasen, Dämpfen oder bei Lärm ist seltener. Dafür sind die körperlichen Anforderungen höher und das Arbeiten in Zwangshaltung häufiger. Ebenso sind emotionale Belastungen und die fachliche und die zeitliche Überforderung häufiger als in sonstigen Berufen. Andererseits wird von den Pflegenden in aller Regel eine ausgeprägte Sinnhaftigkeit ihrer Tätigkeit erkannt, die aber weder gesellschaftlich in ausreichendem Maße anerkannt noch adäquat finanziell honoriert wird. In der Summe sind damit die Pflegekräfte etwas häufiger mit ihrer Arbeit insgesamt unzufrieden als Beschäftigte in sonstigen Berufen. Das betrifft insbesondere die Pflegehilfskräfte (Tabelle 3.12).

insgesamt etwas geringere Arbeitszufriedenheit

3.4 Gesundheit und Berufsaufgabe

Die in Kapitel 3.3 beschriebenen Gefährdungsfaktoren können unterschiedliche gesundheitliche Auswirkungen haben. Einige dieser Gefährdungsfaktoren sind häufiger Bestandteil der Tätigkeit in der Altenpflege:

- Hautkrankheiten können ihre Ursachen haben im Umgang mit hautgefährdenden Stoffen wie beispielsweise Seifen, Säuren und Laugen, Wasch- und Reinigungsmittel. Häufig führen hautgefährdende Stoffe zu einer Entfettung der Haut und zu einer Schädigung der oberen Hautschicht, der natürlichen Schutzbarriere der Haut. Neben der Gefährdung durch Chemikalien kann diese Schutzschicht auch durch mechanische Beanspruchung oder Feuchtarbeit beschädigt werden. Ein Feuchtarbeitsplatz liegt beispielsweise vor, wenn Beschäftigte mehr als zwei Stunden flüssigkeitsdichte Schutzhandschuhe tragen oder häufig und intensiv die Hände reinigen beziehungsweise desinfizieren, was häufig in der Pflege vorkommt (BAuA, 2019, S. 95).
- Der Umgang mit Menschen – insbesondere mit kranken Menschen – ist mit einer erhöhten Infektionsgefährdung verbunden (BAuA, 2019, S. 104 f.).
- Die Grenze der physischen Belastbarkeit ist individuell stark unterschiedlich und hängt von mehreren Einflussfaktoren wie Konstitution, Gesundheit, Alter, Geschlecht, Trainiertheit und Arbeitstechnik ab. Negative Folgen von physischen Fehlbeanspruchungen sind akute Ermüdungserscheinungen und längerfristig chronische degenerative Veränderungen und Beschwerden an den Gelenken, Muskeln, Sehnen und peripheren Nerven. Hinzu kommen zahlreiche Verletzungen durch Unfälle, häufig bei Lastenhandhabungen. Typische Beispiele sind plötzlicher Kontrollverlust über die Last, Stolpern oder Stürzen, Angefahrenwerden. Folgen sind Verstauchungen, Zerrungen, Verhebungen, Blockieren von Wirbelgelenken oder Knochenbrüche (BAuA, 2019, S. 314). Schwere körperliche Arbeit führt häufiger zu Beschwerden und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparats und zur psychischen Ermüdung (BAuA, 2019, S. 373).
- Zwangshaltungen können zu Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparats (BAuA, 2019, S. 373) und zu Überbelastungen des Herz-Kreislauf-Systems führen – beispielsweise durch Behinderung der Durchblutung der Arme oder Beine durch abgedrückte Blutgefäße mit der Folge der Blutdruckerhöhung (BAuA, 2019, S. 328).

- Fehlender Handlungsspielraum in Form von fehlender zeitlicher oder inhaltlicher Freiheitsgrade kann zu kardiovaskulären Erkrankungen oder psychischen Störungen – insbesondere depressive Erkrankungen oder Angst – führen (BAuA, 2019, S. 353).
- Uninformiertheit und Unklarheiten über die Aufgaben und Verantwortlichkeiten führen zu Rollenunklarheiten, die auch Depressionen und Angstzustände fördern. Ebenso werden mit Unterforderung auch Depressionen in Verbindung gebracht (BAuA, 2019, S. 355).
- Übermäßige emotionale Inanspruchnahmen können aus dem Umgang mit Krankheit, Tod oder Leid bei der Arbeit mit schwerkranken Patienten resultieren. Emotional belastende Faktoren sind auch Bedrohung durch verbale oder körperliche Gewalt im Umgang mit demenziell erkrankten Patienten sowie die Gefühlskontrolle beim Kontakt mit unhöflichen oder aggressiven Kunden. Diese emotionalen Inanspruchnahmen können zu Burnout sowie psychischen und psychosomatischen Beschwerden führen. Insbesondere gibt es in Gesundheitsberufen ein erhöhtes Depressionsrisiko (BAuA, 2019, S. 356).
- Gestörte Arbeitsabläufe oder zu hohe Arbeitsintensität steigern ebenfalls das Risiko von chronischer Ermüdung, Depressionen oder Angst- und Zwangsstörungen (BAuA, 2019, S. 357 f.).
- Fehlende oder geringe soziale Unterstützung, Konflikte und Streitigkeiten und fehlendes oder geringes Vertrauen können zu psychischen Beeinträchtigungen, Depressionen, Angsterkrankungen und kardiovaskulären Erkrankungen (BAuA, 2019, S. 370) führen.
- Gewalt gegen Beschäftigte können von Pflegebefohlenen ausgehen. Sie kann sich in Form von Beleidigungen, Bedrohungen oder körperliche Verletzungen zeigen. In der Folge können neben den körperlichen Verletzungen körperliche und psychische Belastungsstörungen wie zum Beispiel Muskelzittern, Schlafstörungen, Ängste und schlimmstenfalls chronische Störungen wie Depressionen, Angststörungen und post-traumatische Belastungsstörungen auftreten (BAuA, 2019, S. 377).

Durch die Pfl egetätigkeit sind vor dem Hintergrund der in einigen Bereichen höheren Belastungen bei einigen Krankheitsbildern größere Häufigkeiten zu erwarten. Aus den Auswertungen der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen (Kapitel 3.3) ergeben sich – insbesondere durch die körperlich schwere Arbeit und die psychischen Belastungen – stärker empfundene Belastungen. Zudem sind Pflegekräfte in der Altenpflege und in der Krankenpflege intensiv mit kranken Patienten und Klienten in Kontakt. Daher besteht eine erhöhte Ansteckungsgefahr bei leicht übertragbaren Erkrankungen sowie eine erhöhte Verletzungs- oder Vergiftungsgefahr durch anzuwendende Materialien oder durch gegen sie gerichtete Gewalt. Zu erwarten ist daher ein überdurchschnittlich häufiges Auftreten folgender Erkrankungen:

- Muskel-Skelett-Erkrankungen: beispielsweise Rückenschmerzen, Arthrose, Schulterläsionen,
- psychische und Verhaltensstörungen: Belastungsstörungen, Depressionen,
- Infektionen: bestimmte Infektionen, Atemwegserkrankungen,
- Unfälle/Vergiftungen,
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
- Hautkrankheiten.

Höhere Häufigkeiten bei anderen Erkrankungen wie beispielsweise Neubildungen oder Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane wären nicht unbedingt auf die erhöhten Arbeitsbelastungen in der Pflege zurückzuführen. Sollten in den nicht unmittelbar mit den Belastungen zusammenhängenden Krankheitsbildern überproportionale Häufigkeiten auftreten, wäre gegebenenfalls eine Selbstselektion zu diskutieren.

Ebenso wie zu den Arbeitsbelastungen von Pflegekräften gibt es auch zum Gesundheitszustand von Pflegekräften einige Studien. Diese differenzieren aber zumeist nicht zwischen Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften (beispielsweise Hornung et al., 2019, S. 117; Kliner et al., 2017, 2019; TK, 2019) oder fassen sogar Krankenpflege und Altenpflege zusammen (beispielsweise Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2020).

Inwieweit sich der Gesundheitszustand und die Fluktuation vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Belastungen zwischen Altenpflegefachkräften, Altenpflegehilfskräften

und anderen Berufsgruppen unterscheiden, wird in diesem Kapitel beschrieben. Dazu wird Bezug genommen auf die subjektive Beschreibung der eigenen Gesundheit (Kapitel 3.4.1), die Diagnosestellungen durch niedergelassene Ärzte (Kapitel 3.4.2), Fehlzeiten am Arbeitsplatz (Kapitel 3.4.3), verordnete Arzneimittel (Kapitel 3.4.4), Krankenhausaufenthalte (Kapitel 3.4.5) und schließlich auf die Fluktuation – insbesondere die krankheitsbedingten Berufsaustritte in Form der Erwerbsminderungsrente (Kapitel 3.4.6). Datengrundlage dafür sind die BARMER-Daten und die BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen der Jahre 2006, 2012 und 2018, jeweils nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Zahl der Pflegefachkräfte nach der Pflegestatistik 2017 (PFK2017).

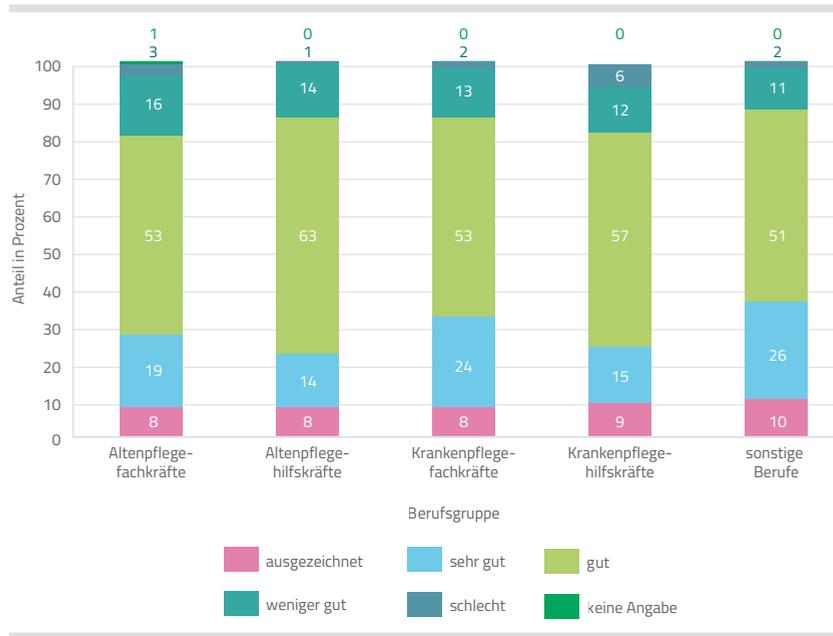
3.4.1 Subjektiver Gesundheitszustand und Beschwerden

Beschäftigte, die körperlich schwer oder häufig in ungünstigen Körperhaltungen arbeiten, beschreiben ihren Gesundheitszustand schlechter als weniger körperlich belastete Beschäftigte. Von denjenigen, die nie körperlich schwer arbeiten, beurteilen 73 Prozent ihren Gesundheitszustand als mindestens gut, und von denjenigen, die nie in ungünstigen Körperhaltungen arbeiten, sind es 74 Prozent. Hingegen bewerten von denjenigen, die sehr häufig körperlich schwer arbeiten, nur 49 Prozent und von denjenigen, die sehr häufig in ungünstigen Körperhaltungen arbeiten, nur 58 Prozent ihren Gesundheitszustand als mindestens gut (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2019b, S. 10). Wenn sich bei körperlich schwerer Arbeit sehr häufig Entlastungsmöglichkeiten ergeben, wird die eigene Gesundheit häufig als gut oder sehr gut eingeschätzt (69 Prozent). Gibt es keine Entlastungsmöglichkeiten, wird die eigene Gesundheit seltener als gut oder sehr gut eingeschätzt (43 Prozent) (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2019b, S. 13).

Pflegekräfte müssen häufig körperlich schwer und in Zwangshaltungen arbeiten und haben infolge des erhöhten Zeitdrucks weniger Entlastungsmöglichkeiten. Die subjektive Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit spiegelt sich darin wider. Nur 27 Prozent der Altenpflegefachkräfte bezeichnen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder ausgezeichnet. Von den Altenpflegehilfskräften sind es sogar nur 22 Prozent. Von den Beschäftigten in sonstigen Berufen bezeichnen hingegen 36 Prozent ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder ausgezeichnet (Abbildung 3.4).

Sonstige Berufsgruppen
haben eine positivere
Einschätzung ihres
Gesundheitszustands
als Pflegekräfte.

Abbildung 3.4: Subjektive Selbsteinschätzung der Gesundheit nach Berufsgruppe



standardisiert PFK2017

Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006, 2012, 2018

In den BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen sind einige Beschwerden abgefragt worden (Tabelle 3.13). Zudem wurde erfragt, ob wegen dieser Beschwerden eine Behandlung durch Ärzte oder Therapeuten erfolgte (Tabelle 3.14). Die insgesamt seltener genannten Beschwerden sind wegen der geringeren Anzahl weniger relevant und unterscheiden sich in der Häufigkeit kaum zwischen den Berufsgruppen. Die meisten anderen Beschwerden werden von Pflegekräften häufiger genannt als von sonstigen Berufsgruppen. Pflegekräfte berichten häufiger von Rückenschmerzen, Schmerzen in Armen und Händen, in der Hüfte, in den Knien, in den Beinen oder Füßen als sonstige Beschäftigte. Entsprechend den psychischen Belastungen werden zudem häufiger Schlafstörungen, Müdigkeit und Erschöpfung, Nervosität oder Reizbarkeit genannt. Dabei sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Pflegeberufen meist gering, die zu den sonstigen Berufen eher groß (Tabelle 3.13).

Tabelle 3.13: Häufig auftretende Beschwerden während oder unmittelbar nach der Arbeit

	Altenpflege- fachkräfte	Altenpflege- hilfskräfte	Krankenpflege- fachkräfte	Krankenpflege- gehilfskräfte	sonstige Berufe
Stichprobengröße:	674	167	1.896	150	55.668
Beschwerden	Anteile in Prozent				
Schmerzen im unteren Rücken, Kreuz- schmerzen	64	67	64	59	44
Schmerzen im Nacken-, Schulterbereich	58	63	65	54	54
Schmerzen in Armen oder Händen	34	41	26	32	23
Schmerzen in der Hüfte	19	23	17	20	10
Schmerzen in den Knien	31	30	25	32	16
Schmerzen in den Beinen, Füßen oder geschwollene Beine	39	38	37	35	23
Kopfschmerzen	37	37	43	34	38
Herzschmerzen, Stiche, Schmerzen, Engegefühl in der Brust	7	8	7	7	6
Atemnot	3	3	3	4	3
Hautreizungen, Juckreiz	18	23	22	25	8
nächtliche Schlafstörungen	36	30	46	33	25
allgemeine Müdigkeit, Mattigkeit oder Erschöpfung	62	64	63	58	46
Magen- oder Verdauungsbeschwerden	21	19	21	15	14
Hörverschlechterung, Ohrgeräusche	6	9	10	3	11
Nervosität oder Reizbarkeit	36	39	36	34	29
Niedergeschlagenheit	30	35	28	28	20
Schwindelgefühl	9	10	9	7	7

standardisiert PFK2017

Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006, 2012, 2018

Tabelle 3.14: Behandlung durch Ärzte oder Therapeuten wegen häufig auftretender Beschwerden

	Altenpflege- fachkräfte	Altenpflege- hilfskräfte	Krankenpflege- fachkräfte	Krankenpflege- gehilfskräfte	sonstige Berufe
Stichprobengröße:	674	167	1.896	150	55.668
Beschwerden	Anteile in Prozent				
Schmerzen im unteren Rücken, Kreuzschmerzen	39	32	35	37	25
Schmerzen im Nacken-, Schulterbereich	34	33	37	35	30
Schmerzen in Armen oder Händen	17	17	11	10	10
Schmerzen in der Hüfte	9	10	7	11	6
Schmerzen in den Knien	14	14	11	15	8
Schmerzen in den Beinen, Füßen oder geschwollene Beine	14	14	10	11	8
Kopfschmerzen	12	15	13	12	12
Herzschmerzen, Stiche, Schmerzen, Engegefühl in der Brust	4	5	4	4	3
Atemnot	3	1	2	4	2
Hautreizungen, Juckreiz	9	8	8	12	4
nächtliche Schlafstörungen	8	8	8	6	7
allgemeine Müdigkeit, Mattigkeit oder Erschöpfung	11	15	11	7	9
Magen- oder Verdauungsbeschwerden	11	10	10	12	8
Hörverschlechterung, Ohrgeräusche	3	4	3	1	5
Nervosität oder Reizbarkeit	7	7	6	4	5
Niedergeschlagenheit	7	9	6	4	5
Schwindelgefühl	3	3	4	3	4

standardisiert PFK2017

Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006, 2012, 2018

häufiger Rückenschmerzen, Erschöpfung, Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit

Nicht alle dieser Beschwerden können auch mit Daten aus dem Versorgungsbereich belegt werden. Der Anteil der Beschäftigten, die wegen ihrer Beschwerden auch in Behandlung sind, ist in aller Regel deutlich geringer. Meist bleiben aber die relativen Unterschiede zwischen den Berufsgruppen erhalten. So berichten 64 Prozent der Altenpflegefachkräfte und 44 Prozent der Beschäftigten in sonstigen Berufen von Rückenschmerzen (Tabelle 3.13). In Behandlung waren 39 Prozent der Altenpflegefachkräfte und 25 Prozent

der Beschäftigten in sonstigen Berufen (Tabelle 3.14). Andere Beschwerden wie nächtliche Schlafstörungen (36 Prozent der Altenpflegefachkräfte), allgemeine Müdigkeit, Mattigkeit oder Erschöpfung (62 Prozent), Nervosität und Reizbarkeit (36 Prozent) oder Niedergeschlagenheit (30 Prozent) (Tabelle 3.13) führen seltener zu einer Behandlung (7 bis 11 Prozent) (Tabelle 3.14). Während die Behandlungshäufigkeit der Pflegefachkräfte aufgrund von Schmerzen meist noch deutlich höher liegt als bei den Beschäftigten in sonstigen Berufen, gleichen sich die erwähnten Behandlungshäufigkeiten wegen der psychischen Zustände etwas an. Behandlungshäufigkeiten werden von Altenpflegefachkräften etwa ebenso häufig angegeben wie von den Altenpflegehilfskräften.

Im Vergleich mit den in Kapitel 3.3 beschriebenen Belastungen erscheinen die häufiger auftretenden Beschwerden plausibel. Die Schmerzen im Rückenbereich und in den Beinen korrespondieren mit dem vielen Arbeiten im Stehen, den schweren körperlichen Tätigkeiten und den Zwangshaltungen. Die Niedergeschlagenheit, die Müdigkeit, die Schlafstörungen korrespondieren mit den psychischen Belastungen.

3.4.2 Ambulante Diagnosen

In Befragungen zum Gesundheitszustand können in aller Regel nur gefühlte Symptome und Beschwerden abgefragt werden, da Befragte in aller Regel Schwierigkeiten haben, exaktere Diagnosestellungen und deren zeitliche Zuordnung zu erinnern. Oftmals sind ihnen die Diagnosestellungen auch gar nicht bekannt. Zudem nehmen Personen mit eingeschränktem Gesundheitszustand auch seltener an Befragungen teil. Für einen Vergleich der Erkrankungen ist deshalb ein Blick auf die ärztliche Diagnosestellung hilfreich, da diese nicht durch einen Non-Response-Bias verfälscht ist.

Deutlich häufigere Diagnosestellungen für Altenpflegefachkräfte finden sich passend zu den dargestellten Belastungen bei psychischen und Verhaltensstörungen sowie im Bereich des Muskel-Skelett-Systems. Altenpflegefachkräfte haben mit 246 Diagnosestellungen je 100 Versichertenjahre 28 Prozent mehr Diagnosen im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen und 18 Prozent mehr Diagnosen im Bereich des Muskel-Skelett-Systems als sonstige Berufe. Bei den Altenpflegehilfskräften sind die Häufigkeiten sogar um 39 Prozent und 23 Prozent erhöht. Die Krankheitslast ist für Krankenpflegekräfte in fast allen Diagnosekapiteln geringer als für Altenpflegekräfte und

häufigere Diagnosen
in den Bereichen
psychische und Ver-
haltensstörungen und
Erkrankungen des
Muskel-Skelett-Systems

meistens sogar vergleichbar mit der Krankheitslast bei den sonstigen Berufen. Die Krankenpflegehilfskräfte haben allerdings ebenfalls in den Bereichen der psychischen und Verhaltensstörungen und des Muskel-Skelett-Systems häufigere Diagnosestellungen (Tabelle 3.15).

sehr viel häufiger:

Rückenschmerzen (M54),

essentielle (primäre)

Hypertonie (I10) und

depressive Episode (F32)

Bei 21 der 30 häufigsten Diagnosengruppen von Altenpflegefachkräften ist die Diagnosehäufigkeit für Altenpflegefachkräfte und Altenpflegehilfskräfte höher als für die Angehörigen der sonstigen Berufe (Werte pink markiert), für sieben der 30 häufigsten Diagnosen sind umgekehrt die Werte für Angehörige sonstiger Berufe höher als für Altenpflegefachkräfte und Altenpflegehilfskräfte (Markierung in blaufarbener Schrift) (Tabelle 3.16). Dies bestätigt tendenziell die höhere Morbidität der Altenpflege und Altenpflegehilfskräfte. Unter den 30 häufigsten Diagnosedreistellern finden sich dabei sogar zehn, bei denen die Diagnosehäufigkeiten für Altenpflegefachkräfte mehr als 20 Prozent über der der Beschäftigten in den sonstigen Berufen liegen. Dies sind nach Häufigkeit sortiert Rückenschmerzen (M54), essentielle (primäre) Hypertonie (I10), depressive Episode (F32), Adipositas (E66), Asthma bronchiale (J45), sonstige Bandscheibenschäden (M51), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), Spondylose (M47), psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17) und Diabetes mellitus, Typ 2 (E11). Die Altenpflegehilfskräfte unterscheiden sich diesbezüglich kaum von den Altenpflegefachkräften. Wird auf die ICD-Dreisteller abgestellt, wird das Bild etwas weniger eindeutig: Bei 16 der 30 Diagnosen ist die Prävalenz bei Altenpflegefachkräften und Altenpflegehilfskräften höher als bei den sonstigen Berufsgruppen, bei neun ist sie geringer (Tabelle 3.17).

Tabelle 3.15: Ambulante Diagnosen je 100 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018 nach Diagnosekapiteln

	ICD-10-Diagnosekapitel	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	70	78	60	72	65
II	Neubildungen	72	62	79	73	84
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	284	270	248	280	256
V	Psychische und Verhaltensstörungen	246	267	188	239	192
VI	Krankheiten des Nervensystems	94	95	82	96	84
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	100	87	96	95	111
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	42	40	36	40	41
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	198	207	184	209	177
X	Krankheiten des Atmungssystems	218	220	188	218	208
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	129	137	112	135	123
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	89	82	76	86	87
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	476	497	418	509	405
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems	221	204	233	221	236
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	54	47	57	50	48
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	148	162	129	154	137
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	82	85	76	85	80
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	299	276	309	291	312

Kapitel III, XVI, XVII, XX und XXII wegen seltener Nennung nicht dargestellt

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

Tabelle 3.16: Die 30 häufigsten ambulanten Diagnosegruppen bei Altenpflegefachkräften: Anzahl je 100 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018

Rang	ICD-10-Diagnosegruppe	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
1	U	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	199	188	204	198	205
2	M50–M54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	170	182	144	180	136
3	N80–N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	143	127	157	142	156
4	E00–E07	Krankheiten der Schilddrüse	112	101	110	110	112
5	F40–F49	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	111	116	89	109	92
6	Z30–Z39	Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen	106	93	113	101	113
7	Z00–Z13	Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen	98	89	107	96	108
8	I10–I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	94	97	81	97	78
9	F30–F39	Affektive Störungen	81	81	64	77	59
10	J00–J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege	69	75	63	72	71
11	J40–J47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	65	66	50	62	52
12	E70–E90	Stoffwechselstörungen	64	65	56	65	62
13	M70–M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes	62	65	54	68	54
14	J30–J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	60	54	55	60	65
15	G40–G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	57	57	48	56	51
16	M20–M25	Sonstige Gelenkkrankheiten	54	57	49	57	49
17	E65–E68	Adipositas und sonstige Überernährung	50	50	34	47	32
18	R50–R69	Allgemeinsymptome	49	55	41	51	42
19	H49–H52	Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	47	39	45	45	53
20	K20–K38	Krankheiten des Ösophagus, des Magens, des Duodenums oder des Appendix	45	52	37	48	40
21	M15–M19	Arthrose	43	44	38	47	34

Rang	ICD-10-Diagnosegruppe	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
22	Z80–Z99	Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen	42	41	42	43	40
23	I80–I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert	39	40	39	41	38
24	D10–D36	Gutartige Neubildungen	37	30	41	36	44
25	M40–M43	Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	35	36	30	37	31
26	L20–L30	Dermatitis und Ekzem	35	33	28	33	32
27	E10–E14	Diabetes mellitus	34	35	26	35	27
28	R10–R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	34	39	31	36	33
29	M45–M49	Spondylopathien	33	34	30	36	27
30	F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	28	39	17	29	19

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

Tabelle 3.17: Die 30 häufigsten ambulanten Diagnosen (ICD-Dreisteller) bei Altenpflegefachkräften: Anzahl je 100 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018

Rang	ICD-10-Kode	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
1	U	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	199	188	204	198	205
2	M54	Rückenschmerzen	106	116	85	110	84
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	90	93	77	92	74
4	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	80	72	87	79	90
5	F32	Depressive Episode	55	57	43	53	40
6	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	51	43	58	49	57
7	E66	Adipositas	49	49	33	46	32
8	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	43	36	41	41	48
9	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	41	34	47	40	48
10	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	41	42	34	42	38
11	J45	Asthma bronchiale	40	36	32	36	33
12	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	39	43	36	41	39
13	F45	Somatoforme Störungen	37	39	29	37	33
14	E04	Sonstige nichttoxische Struma	36	34	35	36	36
15	E03	Sonstige Hypothyreose	34	31	33	32	34
16	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	33	34	33	36	26
17	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	33	28	30	32	36
18	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	30	31	26	30	24
19	G43	Migräne	29	27	26	28	28
20	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	28	26	31	28	31
21	M47	Spondylose	25	26	22	27	20
22	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	25	25	22	26	24
23	F41	Andere Angststörungen	24	26	18	24	21

Rang	ICD-10-Kode	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
24	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	24	24	20	25	20
25	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	23	26	22	25	23
26	F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	22	29	13	22	15
27	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	22	23	16	23	16
28	N95	Klimakterische Störungen	21	19	23	21	23
29	I83	Varizen der unteren Extremitäten	20	21	21	21	19
30	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	19	16	20	19	21

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

3.4.3 Arbeitsunfähigkeit

Höhere Arbeitsbelastungen können zu vermehrten Fehlzeiten am Arbeitsplatz führen. So korrelieren beispielsweise Gewalterfahrungen in der Pflege mit einer schlechteren Arbeitsfähigkeit und eine bessere Vorbereitung auf mögliche Gewalt mit einer besseren Arbeitsfähigkeit (Schablon et al., 2019, S. 97). Im Vergleich der Branchen wird für Pflegeheime, Alten- und Behindertenheime und die soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter eine erhöhte Zahl an AU-Tagen festgestellt (Kliner et al., 2017, S. 25). Im Vergleich mit anderen Berufen werden für Altenpflegekräfte die meisten Fehlzeiten festgestellt (Kliner et al., 2017, S. 35 ff.; 2019, S. 85; TK, 2019, S. 25 ff.). Zudem wird zuletzt eine Zunahme der Fehlzeiten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen berichtet, wobei die Krankheitsschwere auch tendenziell höher bewertet wurde (Isfort et al., 2018, S. 69; Isfort et al., 2016, S. 86). Diese Zunahme ist aber in gleicher Tendenz auch in der Krankenpflege und in der Gesamtheit der Berufstätigen zu finden (TK, 2019, S. 27).

Bei Differenzierung von Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften wird deutlich, dass Fachkräfte sich nicht in allen Dimensionen der Fehlzeiten von sonstigen Berufen unterscheiden. Auf Grundlage der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen wurde für

mehr AU-Tage bei
Hilfskräften als bei
Fachkräften

Altenpflegefachkräfte eine AU-Quote („jemals krankgeschrieben in den letzten 12 Monaten“) von 54 Prozent ermittelt. Diese Quote liegt nur leicht über der AU-Quote in den sonstigen Berufen (51 Prozent). Die Quote für die Altenpflegehilfskräfte liegt mit 62 Prozent dagegen deutlich darüber. Die Krankenpflegefachkräfte (60 Prozent) und die Krankenpflegehilfskräfte (56 Prozent) haben ebenso eine höhere AU-Quote als Beschäftigte in sonstigen Berufen. Auch auf Grundlage der BARMER-Daten lassen sich kaum mehr AU-Fälle von Altenpflegefachkräften feststellen als in sonstigen Berufen (Tabelle 3.18). Allerdings sind die Falldauern in allen Pflegeberufen deutlich länger als in den sonstigen Berufen. Mit 18,6 Tagen je AU-Fall übersteigt die durchschnittliche AU-Dauer von Altenpflegefachkräften die der Beschäftigten in sonstigen Berufen um fast 40 Prozent. Bei den Altenpflegehilfskräften ist die durchschnittliche Dauer mit 20,2 Tagen sogar noch etwas länger. Krankenpflegekräfte haben etwas kürzere AU-Dauern je Fall. In der Multiplikation der AU-Fälle je 100 Versichertenjahre mit der AU-Dauer je Fall ergibt sich die Zahl der AU-Tage je 100 Versichertenjahre. Dividiert durch 365 ergibt sich der Krankenstand – also der Anteil der Beschäftigten, die durchschnittlich pro Tag krankgeschrieben sind. Diese Werte liegen für Altenpflegefachkräfte um 43 Prozent höher als für Beschäftigte in sonstigen Berufen und für die Altenpflegehilfskräfte sogar um 73 Prozent höher (Tabelle 3.18).

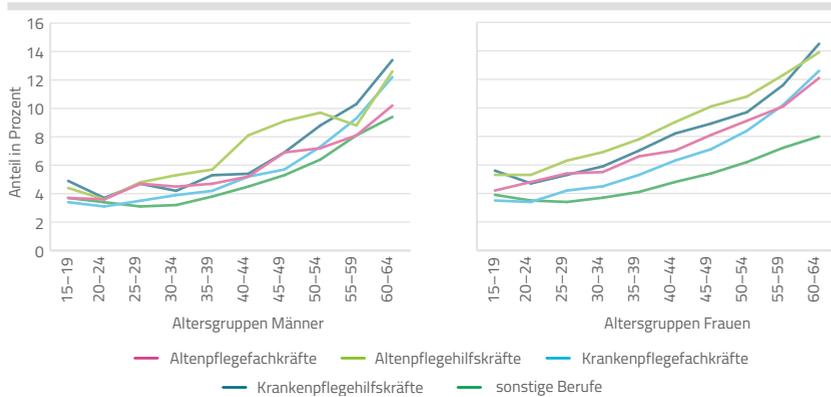
Tabelle 3.18: Arbeitsunfähigkeit in den Jahren 2016 bis 2018

	Altenpflege- fachkräfte	Altenpflege- hilfskräfte	Krankenpflege- fachkräfte	Krankenpflege- hilfskräfte	sonstige Berufe
AU-Fälle je 100 VJ	141	157	140	158	138
AU-Tage je 100 VJ	2.630	3.171	2.370	2.893	1.837
Krankenstand in Prozent	7,2	8,7	6,5	7,9	5,0
AU-Tage je Fall	18,6	20,2	16,9	18,4	13,3

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

Diese Werte sind anhand der Standardpopulation standardisiert. Die Standardisierung auf eine andere Population ergäbe aber qualitativ das gleiche Ergebnis, da der Krankenstand in der Altenpflege in jedem Alter bei Männern und bei Frauen immer höher ist als bei den Beschäftigten in den sonstigen Berufen. Dabei geht die Schere zumindest bei den Frauen mit dem Alter immer weiter auseinander (Abbildung 3.5).

Abbildung 3.5: Krankenstand nach Altersgruppen und Geschlecht



	Männer										Frauen									
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Altenpflegefachkräfte	3,7	3,6	4,7	4,5	4,7	5,2	6,9	7,2	8,1	10,2	4,2	4,8	5,4	5,5	6,6	7	8,1	9,1	10,1	12,1
Altenpflegehilfskräfte	4,4	3,6	4,8	5,3	5,7	8,1	9,1	9,7	8,8	12,6	5,3	5,3	6,3	6,9	7,8	9	10,1	10,8	12,3	13,9
Krankenpflegefachkräfte	3,4	3,1	3,5	3,9	4,2	5,2	5,7	7,3	9,3	12,2	3,5	3,4	4,2	4,5	5,3	6,3	7,1	8,4	10,2	12,6
Krankenpflegehilfskräfte	4,9	3,7	4,7	4,2	5,3	5,4	6,9	8,8	10,3	13,4	5,6	4,7	5,3	5,9	7	8,2	8,9	9,7	11,6	14,5
sonstige Berufe	3,7	3,4	3,1	3,2	3,8	4,5	5,3	6,4	8,1	9,4	3,9	3,5	3,4	3,7	4,1	4,8	5,4	6,2	7,2	8

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre

Im Folgenden werden die AU-Fälle und die AU-Tage nach der Diagnosestellung differenziert. Ebenso wie bei der Darstellung der ambulanten Diagnosen werden zum tieferen Einblick auch die bei den Altenpflegefachkräften häufigsten Diagnosegruppen und Diagnosedreisteller betrachtet.

Bezüglich der AU-Fälle gibt es nur zwei Diagnosekapitel, in denen Altenpflegefachkräfte mehr als 20 Prozent häufiger betroffen sind als Beschäftigte in sonstigen Berufen. Das sind wieder passend zu den Belastungen die psychischen und Verhaltensstörungen (+40 Prozent) und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (+31 Prozent). Andere absolut häufig vorkommende AU-Fälle wie Krankheiten des

Verdauungssystems oder Krankheiten des Atmungssystems kommen im Vergleich zu Beschäftigten in sonstigen Berufen sogar seltener vor (Tabelle 3.19). Bei den Altenpflegehilfskräften zeigen sich neben den für die Fachkräfte häufigeren Fallarten allerdings auch größere Häufigkeiten bei verschiedenen anderen Diagnosekapiteln. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (+20 Prozent), Krankheiten des Kreislaufsystems (+23 Prozent), Krankheiten der Haut und der Unterhaut (+26 Prozent) sowie Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (+26 Prozent) sind bei Altenpflegehilfskräften häufiger Ursache für AU-Fälle. In ähnlicher Weise erhöhte Werte finden sich auch bei den Krankenpflegehilfskräften (Tabelle 3.19).

Differenziert nach den Diagnosegruppen sind in allen Berufsgruppen AU-Fälle wegen akuter Infektionen der oberen Atemwege am häufigsten. In den Pflegeberufen sind solche AU-Fälle aber seltener als in sonstigen Berufen. Auch einige weitere relativ häufig vorkommende Diagnosegruppen sind in der Regel für Pflegeberufe seltener ursächlich für Krankschreibungen. Hierzu gehören Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüse und der Kiefer, sonstige Viruserkrankungen, Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen, sonstige Krankheiten der oberen Atemwege, episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems, sonstige Krankheiten des Atmungssystems und sonstige Krankheiten des Darmes (Tabelle 3.20).

häufigere Krankschreibungen bei allen Diagnosegruppen im Bereich der muskuloskelettalen Erkrankungen

Alle häufig bei Altenpflegefachkräften vorkommenden Diagnosegruppen aus dem Bereich Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes kommen bei ihnen auch häufiger vor als bei sonstigen Berufen. Das sind Krankschreibungen aufgrund sonstiger Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (+38 Prozent), sonstiger Krankheiten des Weichteilgewebes (+27 Prozent), sonstiger Gelenkkrankheiten (+26 Prozent), sonstiger Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (+15 Prozent) und von Arthrose (+44 Prozent). Aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen sind zwei Diagnosegruppen in den häufigsten 30 AU-Fällen von Altenpflegefachkräften. Beide sind deutlich häufiger als bei den sonstigen Berufen. Das sind die neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen (+36 Prozent) und die affektiven Störungen (+50 Prozent). Aus dem Bereich des Herz-Kreislauf-Systems ist nur die Hypertonie unter den häufigsten 30 Diagnosegruppen, aber um 34 Prozent häufiger als bei den sonstigen Berufen. Aus dem Bereich der Atemwegserkrankungen gibt es einige, die bei

Altenpflegefachkräften häufiger vorkommen (chronische Krankheiten der unteren Atemwege und sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege), aber auch welche, die merklich weniger vorkommen (sonstige Erkrankungen der oberen Atemwege und sonstige Erkrankungen der Atemwege) (Tabelle 3.20).

Tabelle 3.19: AU-Fälle je 100 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018 nach Diagnosekapiteln

	ICD-10-Diagnosekapitel	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	14,7	17,5	13,6	16,0	14,5
II	Neubildungen	2,0	1,9	2,1	2,0	2,4
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8
V	Psychische und Verhaltensstörungen	12,5	13,5	11,0	12,2	8,9
VI	Krankheiten des Nervensystems	3,5	3,9	3,8	4,0	3,9
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhängsgebilde	1,3	1,3	1,4	1,4	1,8
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	1,6	1,6	1,6	1,7	1,8
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	3,4	3,8	3,6	4,0	3,1
X	Krankheiten des Atmungssystems	38,4	40,3	41,0	43,3	42,6
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	12,6	13,9	12,1	14,1	13,6
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	2,0	2,2	1,8	2,1	1,8
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	22,2	26,9	21,0	26,5	17,0
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems	3,9	4,4	3,8	4,5	4,2
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2,0	2,0	2,4	1,9	2,0
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	8,0	9,4	7,7	9,1	8,4
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	9,8	11,5	9,9	11,6	9,1
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	1,9	1,9	1,8	1,9	1,7

Kapitel III, XVI, XVII, XX und XXII wegen seltener Nennung nicht dargestellt

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

Tabelle 3.20: Die 30 häufigsten AU-Fälle nach Diagnosegruppen bei Altenpflegefachkräften: Anzahl je 100 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018

Rang	ICD-10-Diagnosegruppe	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
1	J00–J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege	25,0	26,7	27,7	28,9	29,7
2	M50–M54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	11,1	14,0	10,3	13,1	8,1
3	A00–A09	Infektiöse Darmkrankheiten	8,8	11,7	7,4	9,4	8,3
4	F40–F49	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	8,0	8,5	7,3	7,9	5,9
5	K00–K14	Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer	4,5	4,3	4,6	5,0	5,3
6	J40–J47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	4,3	4,3	3,9	4,4	3,6
7	J20–J22	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	4,0	4,1	3,8	4,2	3,6
8	F30–F39	Affektive Störungen	3,7	3,9	3,0	3,6	2,5
9	B25–B34	Sonstige Viruskrankheiten	3,4	3,4	3,8	4,0	4,0
10	K50–K52	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	3,4	4,3	3,0	3,9	3,4
11	M70–M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes	3,3	3,9	3,1	4,1	2,6
12	R50–R69	Allgemeinsymptome	3,1	3,5	2,9	3,4	2,9
13	R10–R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	2,8	3,3	2,7	3,2	3,2
14	M20–M25	Sonstige Gelenkkrankheiten	2,3	2,9	2,3	2,7	1,9
15	K20–K38	Krankheiten des Ösophagus, des Magens, des Duodenums oder des Appendix	2,3	2,9	2,2	2,7	2,5
16	J30–J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	2,3	2,1	2,5	2,6	2,7
17	G40–G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	2,3	2,6	2,5	2,8	2,8
18	S90–S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	1,7	2,0	1,9	2,1	1,5
19	J09–J18	Grippe und Pneumonie	1,6	1,8	1,8	1,8	1,6
20	N30–N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	1,5	1,7	1,5	1,7	1,9
21	T08–T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen	1,4	1,7	1,3	1,6	1,3
22	N80–N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	1,3	1,4	1,3	1,6	1,3

Rang	ICD-10-Diagnosegruppe	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
23	S80–S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	1,2	1,5	1,4	1,5	1,1
24	J95–J99	Sonstige Krankheiten des Atmungssystems	1,2	1,2	1,3	1,3	1,4
25	K55–K64	Sonstige Krankheiten des Darmes	1,2	1,2	1,2	1,2	1,4
26	S60–S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	1,2	1,5	1,2	1,5	1,2
27	M95–M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1,2	1,3	1,1	1,4	1,0
28	M15–M19	Arthrose	1,1	1,1	1,1	1,3	0,8
29	B99	Sonstige Infektionskrankheiten	1,1	1,0	1,1	1,1	1,1
30	I10–I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	1,0	1,2	1,0	1,2	0,8

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

Tabelle 3.21: Die 30 häufigsten AU-Fälle bei Altenpflegefachkräften nach ICD-Dreistellern: Anzahl je 100 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018

Rang	ICD-10-Kode	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
1	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	18,2	19,6	20,1	21,0	21,2
2	M54	Rückenschmerzen	9,0	11,6	8,1	10,6	6,5
3	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	7,5	10,0	6,3	8,0	7,1
4	K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	3,9	3,7	4,0	4,3	4,7
5	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	3,9	4,2	3,8	4,1	3,0
6	J20	Akute Bronchitis	3,6	3,8	3,5	3,8	3,2
7	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	3,3	3,3	3,7	3,9	3,8
8	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	3,1	4,1	2,7	3,6	3,0
9	F32	Depressive Episode	2,7	3,0	2,2	2,7	1,8
10	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	2,7	2,9	2,6	2,9	2,4
11	F48	Andere neurotische Störungen	2,4	2,3	2,1	2,0	1,5
12	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	2,0	2,2	1,9	2,3	2,3
13	J03	Akute Tonsillitis	1,7	1,8	2,0	1,9	2,0
14	J32	Chronische Sinusitis	1,7	1,5	1,8	1,9	2,0
15	K29	Gastritis und Duodenitis	1,6	2,0	1,5	1,9	1,7
16	J01	Akute Sinusitis	1,5	1,6	1,8	1,9	2,0
17	G43	Migräne	1,5	1,7	1,8	1,8	2,0
18	J02	Akute Pharyngitis	1,3	1,3	1,4	1,6	1,8
19	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	1,3	1,6	1,5	1,7	1,7
20	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	1,2	1,4	1,2	1,4	1,2
21	J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	1,2	1,2	1,3	1,3	1,2
22	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	1,2	1,2	1,3	1,3	1,4
23	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	1,1	1,3	1,1	1,4	1,0

Rang	ICD-10-Kode	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
24	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	1,1	1,5	1,0	1,4	0,9
25	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	1,1	1,5	1,0	1,2	1,0
26	M75	Schulterläsionen	1,1	1,2	1,0	1,3	0,8
27	F45	Somatoforme Störungen	1,1	1,2	0,9	1,1	0,9
28	S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	1,1	1,3	1,1	1,3	1,0
29	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	1,1	1,0	1,1	1,1	1,1
30	R53	Unwohlsein und Ermüdung	1,1	1,0	1,0	1,0	0,8

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

Auf der Ebene der Diagnosedreisteller finden sich ebenfalls im Bereich der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes und im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen durchweg erhöhte Fallzahlen bei den Altenpflegefachkräften: Rückenschmerzen (+40 Prozent), biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert (+16 Prozent), sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert (+31 Prozent) und Schulterläsionen (+41 Prozent) sowie Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (+31 Prozent), depressive Episode (+50 Prozent), andere neurotische Störungen (+60 Prozent) und somatoforme Störungen (+22 Prozent). Passend zu den psychischen Belastungen und den psychischen Störungen sind auch AU-Fälle mit Unwohlsein und Ermüdung häufiger (+35 Prozent). Atemwegserkrankungen kommen wiederum teilweise häufiger und teilweise seltener vor (Tabelle 3.21).

Bei den Altenpflegehilfskräften treten die AU-Fälle in fast allen Kategorien der muskuloskelettalen Erkrankungen und der psychischen und Verhaltensstörungen häufiger auf als bei den Altenpflegefachkräften. Zudem fallen mit einer erhöhten Fallzahl gegenüber den sonstigen Berufen die Diagnosen aus dem Bereich der Infektionen (A09 und A08) und der Erkrankungen des Verdauungstraktes (K52 und K29) auf. Zudem sind Luxationen,

in den meisten Diagnosekategorien mehr AU-Fälle für Hilfskräfte als für Fachkräfte

Verstauchungen und Zerrungen der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes bei Altenpflegehilfskräften häufiger (Tabelle 3.21). Dabei passen die erhöhten Fallzahlen zu den erhöhten Belastungen.

Da die Falldauern deutlich abhängig von den zugrunde liegenden Erkrankungen sind, wird im Folgenden ein Blick auf die AU-Tage je 100 Versichertenjahre geworfen. Während die Häufigkeit der Krankschreibungen bei Altenpflegefachkräften im Wesentlichen nur bei den muskuloskelettalen Erkrankungen (M-Diagnosen) und den psychischen und Verhaltensstörungen (F-Diagnosen) erhöht waren, zeigen sich bei den AU-Tagen über alle Diagnosekapitel erhöhte Werte (Tabelle 3.22). Mit den M-Diagnosen und den F-Diagnosen sind die AU-Tage um jeweils 70 Prozent erhöht. Aber auch die Zahl der Fehltagewege endokriner, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (+74 Prozent), Krankheiten der Haut und der Unterhaut (+52 Prozent), Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (+49 Prozent), Krankheiten des Urogenitalsystems (+46 Prozent), Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (+42 Prozent), Symptomen und abnormer klinischer und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (+36 Prozent), Krankheiten des Nervensystems (+35 Prozent), Verletzungen, Vergiftungen und bestimmter anderer Folgen äußerer Ursachen (+28 Prozent), Krankheiten des Verdauungssystems (+27 Prozent) und bestimmter infektiöser und parasitärer Krankheiten (+18 Prozent) ist deutlich höher (Tabelle 3.22).

Einzig bei den Diagnosekapiteln VII (Krankheiten des Auges und der Augenanhängsgebilde), VIII (Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes) und XV (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett), bei denen die Zahl der AU-Tage von Altenpflegefachkräften nur wenig über denen der sonstigen Beschäftigten liegt, ist die Anzahl der AU-Tage für Altenpflegehilfskräfte geringer als bei den Altenpflegefachkräften. Ansonsten ist die Zahl der AU-Tage für die Altenpflegehilfskräfte jeweils deutlich größer als bei den Altenpflegefachkräften. Bei den muskuloskelettalen Erkrankungen sind sogar 143 Prozent mehr AU-Tage vermerkt als bei den sonstigen Berufen. Krankenpflegekräfte haben ebenfalls bei den meisten Diagnosekapiteln mehr Fehlzeiten als die Beschäftigten in sonstigen Berufen. In den meisten Fällen sind sie vergleichbar mit dem Ausmaß bei den Altenpflegekräften. Im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen und der muskuloskelettalen Erkrankungen reichen sie aber nicht ganz heran.

Tabelle 3.22: AU-Tage je 100 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018 nach Diagnosekapiteln

	ICD-10-Diagnosekapitel	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	95,8	117,6	87,7	106,6	81,1
II	Neubildungen	116,4	128,5	118,2	122,2	103,4
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	22,8	25,9	19,1	26,0	13,1
V	Psychische und Verhaltensstörungen	674,8	707,8	512,5	612,2	396,5
VI	Krankheiten des Nervensystems	68,6	86,1	64,0	76,9	50,7
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhängsgebilde	14,5	13,5	15,5	16,3	12,6
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	17,6	16,6	19,0	22,1	16,4
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	87,5	111,5	81,7	97,6	61,5
X	Krankheiten des Atmungssystems	305,0	334,9	309,8	344,1	279,0
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	110,1	133,3	96,8	115,5	86,5
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	32,0	43,9	27,7	36,2	21,1
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	617,1	879,9	561,6	771,7	362,4
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems	53,5	64,2	45,5	63,0	36,6
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	25,4	24,9	30,5	23,6	23,1
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	87,4	102,8	76,0	97,8	64,4
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	236,3	309,2	246,7	293,0	184,2
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	54,2	57,3	47,0	52,1	36,5

Kapitel III, XVI, XVII, XX und XXII wegen seltener Nennung nicht dargestellt

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

Ebenso wie bei der tieferen Differenzierung der AU-Fälle nach Diagnosegruppen und Diagnosedreistellern finden sich bei allen muskuloskelettalen Erkrankungen (M-Diagnosen) und psychischen und Verhaltensstörungen (F-Diagnosen) für Altenpflegefachkräfte mehr AU-Tage als für die Beschäftigten in den sonstigen Berufen. Gleiches gilt für fast alle häufiger vorkommenden Fälle – auch wenn sich die Anzahl Krankmeldungen nicht unterscheidet. Mit etwa gleich vielen AU-Tagen bilden einige Atemwegserkrankungen und Brustkrebs die Ausnahme (Tabelle 3.23, Tabelle 3.24).

Tabelle 3.23: Die 30 häufigsten AU-Tage nach Diagnosegruppen bei Altenpflegefachkräften: Anzahl je 100 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018

Rang	ICD-10-Diagnosegruppe	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
1	F30–F39	Affektive Störungen	340,6	346,5	251,0	298,5	188,9
2	F40–F49	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	286,4	293,2	225,0	266,0	178,7
3	M50–M54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	257,9	381,1	217,2	306,4	138,0
4	J00–J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege	176,2	197,6	188,1	202,1	177,1
5	M70–M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes	98,9	130,6	88,6	138,3	60,0
6	M20–M25	Sonstige Gelenkkrankheiten	82,8	116,4	82,2	100,5	53,2
7	M15–M19	Arthrose	65,2	83,9	66,4	86,2	39,7
8	S80–S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	49,3	63,3	57,3	64,5	40,2
9	A00–A09	Infektiöse Darmkrankheiten	45,4	63,2	36,3	50,3	36,8
10	J40–J47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	44,6	46,7	37,7	48,3	30,8
11	R50–R69	Allgemeinsymptome	40,6	44,5	33,6	41,7	26,9
12	S90–S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	38,2	49,9	42,3	50,7	28,9
13	C50	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma]	36,8	38,5	40,6	44,0	37,1
14	J20–J22	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	34,2	39,3	33,0	38,1	26,4
15	S60–S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	27,3	39,5	27,4	31,1	22,7
16	G50–G59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus	27,1	35,5	24,1	32,4	17,0
17	M45–M49	Spondylopathien	25,3	35,9	25,8	34,0	14,9
18	B25–B34	Sonstige Viruskrankheiten	24,4	26,1	26,7	29,9	24,4
19	M65–M68	Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	22,8	31,3	20,7	28,4	15,5
20	K20–K38	Krankheiten des Ösophagus, des Magens, des Duodenums oder des Appendix	22,6	30,0	17,8	21,6	17,2
21	K50–K52	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	22,4	29,9	19,9	24,1	18,9
22	G40–G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	22,4	24,7	20,3	26,2	18,4

Rang	ICD-10-Diagnosegruppe	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
23	N80–N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	21,5	23,3	20,0	31,0	14,6
24	S40–S49	Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	21,3	28,0	20,9	28,1	15,1
25	J30–J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	20,9	21,7	21,3	23,4	20,2
26	Z80–Z99	Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen	20,7	23,8	18,9	20,5	13,9
27	D10–D36	Gutartige Neubildungen	20,2	22,4	20,2	20,6	15,3
28	T08–T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen	20,0	28,5	19,9	26,2	16,0
29	R10–R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	19,5	27,1	19,0	25,7	16,8
30	I30–I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit	18,9	18,4	18,2	17,4	11,1

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

Tabelle 3.24: Die 30 häufigsten AU-Tage bei Altenpflegefachkräften nach ICD-Dreistellern: AU-Tage je 100 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018

Rang	ICD-10-Kode	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
1	F32	Depressive Episode	223,0	238,7	157,8	197,7	124,6
2	M54	Rückenschmerzen	170,6	245,2	130,6	194,4	87,2
3	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	127,8	145,6	136,6	146,9	126,8
4	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	126,7	130,6	105,7	120,8	80,3
5	F33	Rezidivierende depressive Störung	105,4	96,0	84,2	91,3	57,5
6	F48	Andere neurotische Störungen	68,4	66,0	53,8	59,3	38,2
7	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	57,3	96,3	56,5	74,9	31,5
8	M75	Schulterläsionen	47,4	58,2	44,6	69,7	27,6
9	F41	Andere Angststörungen	45,6	48,3	31,7	36,0	27,4
10	F45	Somatoforme Störungen	39,8	38,7	27,5	42,7	27,5
11	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	38,1	52,8	30,5	41,2	31,0
12	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	36,8	38,5	40,6	44,0	37,1
13	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	32,8	42,7	33,2	38,1	21,1
14	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	32,2	32,0	30,7	39,2	16,9
15	J20	Akute Bronchitis	31,3	36,2	29,8	34,6	24,0
16	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	25,4	38,1	22,2	34,6	15,0
17	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	23,1	24,1	25,1	28,5	23,0
18	M77	Sonstige Enthesopathien	22,7	33,2	18,2	32,6	14,5
19	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	22,7	25,6	21,5	25,6	17,8
20	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	21,6	27,9	24,8	26,0	15,9
21	S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	21,3	30,1	22,8	28,3	15,7
22	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	19,4	21,9	22,6	25,8	17,0

Rang	ICD-10-Kode	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
23	R53	Unwohlsein und Ermüdung	18,1	17,2	14,4	17,2	10,4
24	G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	18,0	23,9	14,3	20,9	10,4
25	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	17,6	24,1	17,0	20,9	13,4
26	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	17,4	23,6	16,5	26,5	11,8
27	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	16,9	25,1	14,0	21,7	10,3
28	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	16,5	22,6	14,0	20,0	13,4
29	M65	Synovitis und Tenosynovitis	16,3	23,6	15,0	21,6	11,1
30	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	15,8	17,9	14,0	16,2	8,8

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

Bei der Analyse sowohl der Diagnosegruppen (Tabelle 3.23) als auch der Diagnosedreisteller (Tabelle 3.24) liegt die Zahl der AU-Tage für Altenpflegehilfskräfte regelmäßig höher als die der Altenpflegefachkräfte. Im Bereich der muskuloskelettalen Erkrankungen fallen für die Altenpflegehilfskräfte über alle Diagnosegruppen und über fast alle Diagnosedreisteller doppelt so viele AU-Tage an wie für die Beschäftigten in sonstigen Berufen. Für Altenpflegefachkräfte liegt die Zahl der AU-Tage in diesem Bereich auch deutlich höher als bei den sonstigen Berufen, aber auch deutlich unterhalb der Zahl bei Altenpflegehilfskräften. Bei der Differenzierung der AU-Tage mit psychischen und Verhaltensstörungen finden sich hingegen kaum Unterschiede zwischen Altenpflegefachkräften und Altenpflegehilfskräften. Im Vergleich zu den Beschäftigten in sonstigen Berufen finden sich für beide Berufsgruppen um mehr als 80 Prozent erhöhte Werte bei affektiven Störungen und mehr als 60 Prozent erhöhte Werte bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (Tabelle 3.23). Die häufigsten Diagnosedreisteller unter den psychischen und Verhaltensstörungen sind dabei die depressiven Episoden mit mehr als 200 Fehltagen je 100 Versichertenjahren. Hinzu kommen rund 100 Fehltag wegen rezidivierender depressiver Störungen. Überlastungsstörungen (F43) führen zusätzlich zu mehr als 100 Fehltagen. Dies ist im Vergleich zu den sonstigen Berufen ein um 60 Prozent erhöhter Wert (Tabelle 3.24).

mehr als 300 Fehltag
wegen Depressionen
pro 100 Versichertenjahre

3.4.4 Arzneimittel

Der Blick auf die Arzneiverordnungen ermöglicht auch außerhalb des AU-Geschehens Rückschlüsse auf Erkrankungen und darauf, inwieweit auch medikamentöse Therapien für erforderlich gehalten wurden. Die Arzneiverordnungen können nach der Zahl der verordneten Präparate und den DDD je Versicherungsjahr analysiert werden. Die ATC-Klassifikation unterscheidet 14 anatomische Gruppen nach den vorrangig zu behandelnden Organen oder Organsystemen.

Aus der ATC-Gruppe „kardiovaskuläres System“ stammen die meisten Verordnungen. Darin geführt werden Herz-Kreislauf-Präparate wie beispielsweise Beta-Adrenozeptor-Antagonisten oder ACE-Hemmer zur Behandlung des Bluthochdrucks und der Herzinsuffizienz sowie Wirkstoffe zur Senkung der Blutfettwerte. Am zweithäufigsten sind Verordnungen zur Behandlung des Nervensystems. Darin enthalten sind allen voran Antidepressiva, die, wie der Name schon sagt, zur Therapie von Depressionen eingesetzt werden, aber auch Analgetika und Antipyretika sowie Opioiden zur Schmerztherapie. Häufig sind auch Antiinfektiva zur systemischen Anwendung. Hierunter verbergen sich vornehmlich Antibiotika zur Behandlung bakterieller Infekte. Arzneimittel zur Behandlung des alimentären Systems und des Stoffwechsels umfassen vor allem Mittel zur Verhinderung oder Linderung des Magengeschwürs, zum Beispiel bei Refluxkrankheit oder Befall durch *Helicobacter pylori*. Zu dieser Gruppe gehören aber auch Antidiabetika, Insuline und Analoga zur Therapie bei Diabetes. Systemische Hormonpräparate umfassen vor allem Schilddrüsenpräparate bei Schilddrüsenfunktionsstörungen und Corticosteroide zur systemischen Anwendung beispielsweise bei verschiedenen Hauterkrankungen, rheumatischen Erkrankungen oder Asthma. In die Gruppe „Muskel- und Skelettsystem“ fallen vor allem Antiphlogistika und Antirheumatika zur Muskelentspannung, Entzündungshemmung und Schmerzlinderung. Die Gruppe „Respirationstrakt“ umfasst die Medikamente zur Behandlung von Atemwegserkrankungen.

Die Verordnungshäufigkeiten von Dermatika oder von Medikamenten bezüglich des Urogenitalsystems und der Sexualhormone sind etwas seltener als die der zuvor schon aufgeführten Medikamentengruppen. Für Beschäftigte in der Altenpflege sind sie zudem unauffällig. Sie unterscheiden sich nicht wesentlich von der Verordnungsmenge für Beschäftigte in sonstigen Berufen. Von den häufigeren Verordnungen sind es vor allem

Verordnungen bezüglich des Nervensystems, die Altenpflegefachkräften häufiger verordnet werden (+39 Prozent). Aber auch das alimentäre System und den Stoffwechsel (+23 Prozent), das Muskel-Skelett-System (+19 Prozent), den Respirationstrakt (+19 Prozent) oder das kardiovaskuläre System (+19 Prozent) betreffende Präparate sowie Antiinfektiva zur systemischen Anwendung (+13 Prozent) werden Altenpflegefachkräften häufiger verordnet als Beschäftigten in sonstigen Berufen (Tabelle 3.25). Insbesondere bezüglich des Muskel-Skelett-Systems (+46 Prozent im Vergleich zu sonstigen Berufen) und des Nervensystems (+57 Prozent) gibt es für Altenpflegehilfskräfte noch mehr Verordnungen. Die erhöhten Verordnungsmengen innerhalb der anatomischen ATC-Gruppen korrespondieren mit den häufigeren Diagnosestellungen in den Bereichen.

Tabelle 3.25: Verordnete Präparate nach anatomischen ATC-Gruppen je Versichertenjahr in den Jahren 2016 bis 2018

ATC-Gruppe	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
A	alimentäres System und Stoffwechsel	0,61	0,67	0,47	0,62	0,49
B	Blut und blutbildende Organe	0,14	0,15	0,13	0,14	0,13
C	kardiovaskuläres System	1,05	1,14	0,90	1,10	0,89
D	Dermatika	0,23	0,23	0,18	0,22	0,23
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	0,25	0,24	0,28	0,28	0,27
H	systemische Hormonpräparate	0,59	0,53	0,56	0,57	0,58
J	Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	0,67	0,72	0,53	0,65	0,59
L	antineoplastische und immunmodulierende Mittel	0,06	0,05	0,07	0,06	0,07
M	Muskel- und Skelettsystem	0,58	0,71	0,40	0,59	0,49
N	Nervensystem	0,99	1,12	0,77	0,98	0,71
P	antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien	0,03	0,04	0,03	0,03	0,02
R	Respirationstrakt	0,46	0,45	0,35	0,43	0,38
S	Sinnesorgane	0,13	0,13	0,12	0,12	0,14
V	Varia	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
	gesamt	5,85	6,22	4,84	5,84	5,05

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

Tabelle 3.26: Tagesdosen (DDD) nach ATC-Gruppen je Versichertenjahr in den Jahren 2016 bis 2018

ATC-Gruppe	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
A	alimentäres System und Stoffwechsel	48,9	54,9	38,8	52,5	38,3
B	Blut und blutbildende Organe	7,7	8,4	7,0	8,2	7,1
C	kardiovaskuläres System	107,6	118,0	91,8	112,0	91,8
D	Dermatika	7,2	7,1	5,6	6,7	6,8
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	18,3	17,4	21,1	20,3	19,9
H	systemische Hormonpräparate	37,2	33,0	35,2	35,3	36,1
J	Antiiinfektiva zur systemischen Anwendung	6,8	7,4	5,6	6,5	5,6
L	antineoplastische und immunmodulierende Mittel	3,7	2,9	4,4	3,9	4,2
M	Muskel- und Skelettsystem	17,6	21,1	13,5	18,0	13,9
N	Nervensystem	38,5	41,5	31,2	36,5	26,7
P	antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2
R	Respirationstrakt	20,3	20,0	15,6	18,8	16,5
S	Sinnesorgane	4,4	4,1	4,0	4,0	4,5
V	Varia	3,9	3,6	3,9	4,0	4,2
gesamt		322,4	339,9	278,0	327,0	276,0

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

Im Wesentlichen finden sich die Verhältnisse bezüglich der verordneten Präparate in den Verhältnissen der verordneten Tagesdosen wieder. Auch die Verordnungsmenge gemessen in DDD unterscheidet sich am stärksten bezüglich der Behandlung des Nervensystems, des Muskel-Skelett-Systems und des alimentären Systems und des Stoffwechsels (Tabelle 3.26).

entsprechend den häufigeren muskuloskelettalen Erkrankungen und Depressionen auch mehr Schmerzmittel und Antidepressiva

Das Ranking der als ATC-Viersteller erfassten verordneten Präparate (Tabelle 3.27) unterscheidet sich allerdings von dem der verordneten DDD (Tabelle 3.28). Die meisten verordneten Präparate für Altenpflegefachkräfte sind nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika (M01A). Im Durchschnitt gibt es je zwei Altenpflegefachkräfte eine solche Verordnung pro Jahr. Im Vergleich zu den sonstigen Berufen ist die Verordnungshäufigkeit

um 20 Prozent erhöht. Die auch sehr häufig vorkommende Verordnung von Schilddrüsenpräparaten ist hingegen in der Menge unauffällig im Vergleich zu der Verordnungsmenge für Beschäftigte in sonstigen Berufen. Ebenfalls unauffällig sind einige seltenere Verordnungen wie Kontrazeptiva, Migränemittel oder Estrogene. Alle häufigeren Verordnungen sind auch relativ zur Vergleichsgruppe häufiger. Besonders groß ist der relative Unterschied bei Schmerzmitteln (neben den nichtsteroidalen Antiphlogistika und Antirheumatika noch Opioide +91 Prozent, andere Analgetika und Antipyretika +32 Prozent), Antidepressiva (+45 Prozent), Medikamenten zur Behandlung von Diabetes (orale Antidiabetika +44 Prozent, Insuline und Analoga +37 Prozent) und Mitteln bei obstruktiven Atemwegserkrankungen (inhalative Sympathomimetika +37 Prozent). Die Verordnungshäufigkeit von den in Tabelle 3.27 aufgeführten Herz-Kreislauf-Medikamenten bei Altenpflegefachkräften übersteigt die der Beschäftigten in sonstigen Berufen um 11 bis 24 Prozent. Für Altenpflegehilfskräfte sind alle diese Verordnungshäufigkeiten noch höher und übersteigen den Wert der Beschäftigten in sonstigen Berufen bei den Opioiden sogar um 131 Prozent.

Bei der Betrachtung der DDD nach ATC-Viersteller verlieren die Schmerzmittel im Ranking. Gemessen in DDD werden mehr Herz-Kreislauf-Medikamente verordnet. Parallel dazu steigt auch die Bedeutung der Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus und gastroösophagealer Refluxkrankheit. Diese Mittel werden häufig auch begleitend zur Schmerzmitteltherapie verordnet, da viele Schmerzmittel auch den Magen angreifen können. Antidepressiva gehören auch gemessen in DDD zu den am meisten verordneten Medikamenten (Tabelle 3.28).

Die größten relativen Unterschiede in der Verordnungsmenge für Altenpflegefachkräfte und Beschäftigte in sonstigen Berufen finden sich in folgenden Medikationen: Opioide (+116 Prozent), Antidepressiva (+49 Prozent), orale Antidiabetika (+44 Prozent), inhalative Sympathomimetika (+39 Prozent), nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika (+36 Prozent), Insuline und Analoga (+35 Prozent) und Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus und gastroösophagealer Refluxkrankheit (+31 Prozent) (Tabelle 3.28).

Tabelle 3.27: Die 30 am häufigsten verordneten Präparate (ATC-Viersteller) bei Altenpflegefachkräften: Anzahl je Versichertenjahr in den Jahren 2016 bis 2018

Rang	ATC-Kode	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
1	M01A	nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	0,49	0,61	0,32	0,49	0,41
2	H03A	Schilddrüsenpräparate	0,47	0,41	0,45	0,45	0,47
3	N06A	Antidepressiva	0,34	0,35	0,26	0,32	0,23
4	C07A	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	0,30	0,31	0,25	0,30	0,24
5	A02B	Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus	0,29	0,34	0,22	0,31	0,24
6	R03A	inhalative Sympathomimetika	0,24	0,25	0,16	0,22	0,18
7	N02B	andere Analgetika und Antipyretika	0,21	0,26	0,15	0,21	0,16
8	C09A	ACE-Hemmer, rein	0,18	0,19	0,13	0,17	0,15
9	J01C	Betalactam-Antibiotika, Penicilline	0,16	0,17	0,13	0,16	0,13
10	J01F	Makrolide, Lincosamide und Streptogramine	0,16	0,17	0,12	0,15	0,13
11	N02A	Opioide	0,13	0,15	0,11	0,14	0,07
12	C09C	Angiotensin-II-Antagonisten, rein	0,12	0,13	0,12	0,12	0,11
13	J01D	andere Beta-Lactam-Antibiotika	0,11	0,12	0,09	0,11	0,10
14	H02A	Corticosteroide zur systemischen Anwendung, rein	0,11	0,11	0,09	0,10	0,09
15	D07A	Corticosteroide, rein	0,10	0,10	0,07	0,09	0,09
16	A10B	orale Antidiabetika	0,10	0,11	0,07	0,11	0,07
17	C08C	selektive Calciumkanalblocker mit vorwiegender Gefäßwirkung	0,09	0,11	0,08	0,10	0,08
18	B01A	antithrombotische Mittel	0,09	0,10	0,09	0,09	0,08
19	C10A	Cholesterin und Triglycerid senkende Mittel	0,08	0,10	0,07	0,09	0,07
20	J01M	Chinolone	0,08	0,09	0,06	0,07	0,07
21	N03A	Antiepileptika	0,08	0,09	0,07	0,08	0,06
22	C09D	Angiotensin-II-Antagonisten, Kombinationen	0,07	0,07	0,07	0,08	0,07
23	A10A	Insuline und Analoga	0,07	0,07	0,05	0,07	0,05
24	G03A	hormonelle Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung	0,06	0,07	0,07	0,08	0,07
25	N02C	Migränemittel	0,06	0,05	0,06	0,07	0,06
26	G03C	Estrogene	0,06	0,05	0,07	0,06	0,07
27	C09B	ACE-Hemmer, Kombinationen	0,06	0,07	0,04	0,07	0,05

Rang	ATC-Kode	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
28	R05D	Antitussiva, exkl. Kombinationen mit Expectoranzien	0,06	0,06	0,04	0,05	0,05
29	R01A	Dekongestiva und andere Rhinologika zur topischen Anwendung	0,06	0,05	0,06	0,06	0,06
30	N05A	Antipsychotika	0,05	0,07	0,04	0,05	0,04

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

Insgesamt finden sich im Vergleich zu den Beschäftigten in sonstigen Berufen passend zu den erhöhten Häufigkeiten von muskuloskelettalen Erkrankungen auch mehr Verordnungen von Schmerzmitteln für Altenpflegekräfte. Ebenso finden sich mehr Verordnungen von Antidepressiva, die mit den erhöhten AU-Diagnosen bei Depression korrespondieren. Zu den erhöhten AU-Fallzahlen wegen chronischer Krankheiten der unteren Atemwege passen die vermehrten Verordnungen von Mitteln bei obstruktiven Atemwegserkrankungen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind im AU-Geschehen nicht so bedeutsam, aber durch den Vergleich der Arzneimittelverordnungen offenbaren sich ebenfalls Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen Altenpflegefachkräften und Beschäftigten in sonstigen Berufen. Dies gilt in gleicher Weise für die Diabeteswahrscheinlichkeit, die in den AU-Daten kaum erkennbar ist, bei den Arzneimitteldaten aber einen großen Unterschied zeigt.

Tabelle 3.28: Die 30 Präparate mit den meisten verordneten DDD (ATC-Viersteller) bei Altenpflegefachkräften: Anzahl je Versichertenjahr in den Jahren 2016 bis 2018

Rang	ATC-Kode	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
1	C09A	ACE-Hemmer, rein	33,1	36,6	25,5	32,6	28,0
2	H03A	Schilddrüsenpräparate	30,6	26,7	29,8	29,1	30,2
3	A02B	Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus	30,4	36,1	23,6	33,2	23,3
4	N06A	Antidepressiva	25,6	25,7	20,8	23,5	17,3
5	C09C	Angiotensin-II-Antagonisten, rein	18,9	19,3	18,9	18,8	16,2
6	C07A	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	14,2	15,1	12,2	14,4	11,5
7	M01A	nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	13,6	16,8	9,3	13,7	10,0
8	R03A	inhalative Sympathomimetika	12,3	12,9	8,2	11,0	8,9
9	C08C	selektive Calciumkanalblocker mit vorwiegender Gefäßwirkung	10,6	12,5	8,7	11,3	9,0
10	C10A	Cholesterin und Triglycerid senkende Mittel	8,6	10,0	7,1	9,7	7,5
11	A10B	orale Antidiabetika	7,8	8,6	5,7	8,5	5,4
12	C09D	Angiotensin-II-Antagonisten, Kombinationen	6,9	6,8	6,6	7,8	6,2
13	G03C	Estrogene	6,3	5,2	7,8	6,5	7,2
14	C09B	ACE-Hemmer, Kombinationen	5,7	6,5	4,2	6,4	5,0
15	G03A	hormonelle Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung	5,6	5,8	6,3	7,0	6,2
16	B01A	antithrombotische Mittel	5,3	5,9	4,9	5,6	4,7
17	A10A	Insuline und Analoga	5,3	5,4	4,1	4,9	3,9
18	H02A	Corticosteroide zur systemischen Anwendung, rein	5,2	5,2	4,3	4,9	4,5
19	D07A	Corticosteroide, rein	3,9	4,0	2,7	3,4	3,4
20	N03A	Antiepileptika	3,3	3,9	2,5	3,2	2,6
21	R03B	andere inhalative Antiasthmatika	2,9	2,8	2,4	2,9	2,6
22	N02A	Opioide	2,7	3,5	2,3	3,1	1,2
23	G03F	Gestagene und Estrogene in Kombination	2,6	2,9	3,1	2,8	3,1
24	V04C	andere Diagnostika	2,2	2,2	1,7	2,0	1,7
25	S01E	Glaukommittel und Miotika	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2
26	L04A	Immunsuppressiva	2,0	1,6	2,3	2,1	2,1
27	C03A	Low-Ceiling-Diuretika, Thiazide	2,0	2,3	1,9	2,2	1,7

Rang	ATC-Kode	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
28	R06A	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	1,9	1,5	1,9	1,8	1,8
29	C03C	High-Ceiling-Diuretika	1,9	2,7	1,2	2,4	1,5
30	J01C	Betalactam-Antibiotika, Penicilline	1,9	2,0	1,5	1,8	1,5

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

3.4.5 Krankenhausaufenthalte

Ein Anspruch auf eine Krankenhausbehandlung besteht, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 Abs. 1 SGB V). Eine Krankenhausbehandlung ist daher in der Regel mit einem intensiveren Behandlungsbedarf und mit einer größeren Krankheitsschwere verbunden. Altenpflegefachkräfte werden häufiger stationär behandelt als Beschäftigte in sonstigen Berufen (170 zu 136 Krankenhausaufenthalte je 1.000 Versichertenjahre). Während die Zahl der Krankenhausfälle um 25 Prozent erhöht ist, liegt die Zahl der Krankenhaustage sogar um 35 Prozent höher, weil auch die durchschnittliche Krankenhausverweildauer um acht Prozent länger ist. Bei den Altenpflegehilfskräften ist die Zahl der Krankenhaustage noch etwas höher, weil die Zahl der Krankenhausfälle höher ist. Für Krankenpflegekräfte ist die Zahl der Krankenhaustage etwas geringer als für Altenpflegekräfte, aber immer noch deutlich höher als für die Beschäftigten in sonstigen Berufen (Tabelle 3.29).

Pflegekräfte häufiger
im Krankenhaus

Tabelle 3.29: Krankenhausaufenthalte in den Jahren 2016 bis 2018

	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
Krankenhausfälle je 1.000 VJ	170	184	162	176	136
Krankenhaustage je 1.000 VJ	1.067	1.146	931	1.037	788
Dauer je Fall	6,3	6,2	5,7	5,9	5,8

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

Krankenhausaufenthalte
für Altenpflegefachkräfte
bei fast allen Diagnosen
häufiger als in sonstigen
Berufen

Bei Erfassung nach Diagnosekapiteln finden die meisten Krankenhausaufenthalte im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt statt. Altenpflegefachkräfte sind öfter als Beschäftigte in anderen Berufen aus diesem Grund im Krankenhaus (+22 Prozent). Die Krankenhausaufenthalte sind für Altenpflegefachkräfte aber bei fast allen Diagnosen häufiger. Sortiert nach der Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte sind das Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (+36 Prozent), Krankheiten des Verdauungssystems (+28 Prozent), Neubildungen (+2 Prozent), Krankheiten des Urogenitalsystems (+35 Prozent), psychische und Verhaltensstörungen (+60 Prozent), Krankheiten des Kreislaufsystems (+23 Prozent), Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (+40 Prozent), Krankheiten des Atmungssystems und Krankheiten des Nervensystems (+25 Prozent). Krankenhausaufenthalte sind für Altenpflegefachkräfte – mit Ausnahme von Krankenhausaufenthalten wegen Schwangerschaft und Geburt – jeweils noch häufiger. Bei fast allen Diagnosekapiteln sind die Häufigkeiten für Krankenpflegefachkräfte ähnlich hoch wie für Altenpflegefachkräfte. Psychische und Verhaltensstörungen sind im Vergleich mit den Altenpflegefachkräften deutlich weniger, aber im Vergleich mit den sonstigen Berufen deutlich häufiger Ursache eines Krankenhausaufenthalts für Krankenpflegefachkräfte (Tabelle 3.30).

Bei fast allen häufigeren Krankenhausdiagnosegruppen sind Altenpflegefachkräfte öfter betroffen als Beschäftigte in sonstigen Berufen. Die größten relativen Unterschiede zeigen sich bei den affektiven Störungen (+74 Prozent), den psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (+70 Prozent), der Hypertonie (+63 Prozent), den Infektionen der Haut und der Unterhaut (+59 Prozent), den Symptomen, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen (+57 Prozent), den sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (+53 Prozent) und den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (+50 Prozent). Bei allen diesen Erkrankungen – außer bei den Infektionen der Haut und der Unterhaut – weisen Altenpflegefachkräfte noch höhere Fallzahlen auf (Tabelle 3.31).

Tabelle 3.30: Krankenhausaufenthalte je 1.000 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018 nach Diagnosekapiteln

	ICD-10-Diagnosekapitel	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,7	4,4	3,7	4,3	3,1
II	Neubildungen	12,8	13,5	13,2	14,3	12,6
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3,8	4,3	3,4	4,0	2,9
V	Psychische und Verhaltensstörungen	11,8	15,4	8,9	11,1	7,4
VI	Krankheiten des Nervensystems	6,2	6,4	5,7	5,7	4,9
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhängegebilde	1,8	1,7	1,8	1,7	1,7
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	1,7	2,0	1,9	2,1	1,5
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	10,6	12,8	10,8	12,7	8,6
X	Krankheiten des Atmungssystems	7,5	7,8	6,8	7,9	6,0
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	18,5	21,3	16,4	18,9	14,5
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	3,5	3,7	2,8	3,3	2,5
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	19,5	22,5	19,9	22,5	14,4
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems	12,4	14,7	10,8	14,2	9,2
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	35,4	29,7	35,7	31,2	29,1
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	8,4	10,1	7,2	8,5	6,0
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	10,0	11,0	10,0	10,8	9,1
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	1,7	1,2	2,1	1,7	2,0

Kapitel III, XVI, XVII, XX und XXII wegen seltener Nennung nicht dargestellt

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

Tabelle 3.31: Die 30 häufigsten Krankenhausfälle nach Diagnosegruppen bei Altenpflegefachkräften: Anzahl je 1.000 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018

Rang	ICD-10-Diagnosegruppe	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
1	O60–O75	Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung	11,5	8,5	12,1	9,4	10,2
2	O30–O48	Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Fetus und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen	10,0	8,5	10,3	9,1	8,4
3	M50–M54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	6,2	7,5	5,9	7,2	4,1
4	F30–F39	Affektive Störungen	5,4	5,7	4,1	4,6	3,1
5	N80–N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	5,3	6,1	5,0	6,6	4,0
6	O80–O82	Entbindung	5,2	4,0	5,3	4,4	4,4
7	K80–K87	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas	4,8	5,4	4,0	4,5	3,4
8	D10–D36	Gutartige Neubildungen	4,4	4,6	4,3	4,5	3,9
9	K20–K38	Krankheiten des Ösophagus, des Magens, des Duodenums oder des Appendix	4,2	5,6	3,7	4,8	3,3
10	K55–K64	Sonstige Krankheiten des Darmes	4,2	4,8	4,3	4,3	3,7
11	O20–O29	Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	3,8	4,2	3,7	4,0	2,7
12	J30–J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	3,7	3,5	3,7	3,9	3,4
13	G40–G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	3,6	3,7	3,1	3,3	2,7
14	M20–M25	Sonstige Gelenkkrankheiten	3,4	3,8	4,1	4,0	2,9
15	I30–I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit	3,2	2,9	3,6	3,8	2,4
16	M15–M19	Arthrose	3,1	3,2	3,1	3,2	2,3
17	M70–M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes	2,8	3,4	2,6	3,4	2,0
18	F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	2,6	4,3	1,9	2,3	1,5
19	R10–R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	2,5	2,8	1,9	2,3	1,6
20	F40–F49	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	2,3	3,3	1,7	2,8	1,6
21	N10–N16	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten	2,2	2,0	1,6	2,0	1,5

Rang	ICD-10-Diagnosegruppe	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
22	R00–R09	Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	2,1	2,7	2,0	2,5	1,6
23	R50–R69	Allgemeinsymptome	2,0	2,5	1,7	2,0	1,4
24	A00–A09	Infektiöse Darmkrankheiten	1,9	2,2	1,8	2,2	1,6
25	K40–K46	Hernien	1,9	2,0	1,6	1,9	1,4
26	L00–L08	Infektionen der Haut und der Unterhaut	1,9	1,8	1,4	1,6	1,2
27	I10–I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	1,9	1,9	1,7	2,0	1,2
28	I20–I25	Ischämische Herzkrankheiten	1,9	3,1	1,8	2,3	1,6
29	S80–S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	1,8	1,9	2,1	2,1	2,0
30	C50	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma]	1,8	1,5	2,0	2,7	2,1

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

Erfasst als Diagnosedreisteller sind die häufigsten Krankenhausaufenthalte jenseits von Schwangerschaft und Geburt Aufenthalte wegen Gallensteinen (Cholelithiasis), die bei Altenpflegefachkräften 47 Prozent häufiger sind als bei Beschäftigten in sonstigen Berufen. Die nächsthäufigeren Diagnosestellungen sind rezidivierende depressive Störungen (+75 Prozent), Rückenschmerzen (+59 Prozent), sonstige Bandscheibenschäden (+46 Prozent), Bauch- und Beckenschmerzen (+69 Prozent), depressive Episode (+81 Prozent) und psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (+46 Prozent). Mit der Ausnahme von Brustkrebs haben Altenpflegefachkräfte bei allen in Tabelle 3.32 gelisteten Diagnosestellungen eine im Vergleich zu den Beschäftigten in sonstigen Berufen erhöhte Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts. Krankenhausfälle wegen Schwangerschaft oder Geburt kommen für Altenpflegehilfskräfte seltener vor. Bei den anderen Diagnosedreistellern liegen die Fallzahlen für Altenpflegehilfskräften in der Regel noch höher als für die Altenpflegefachkräfte. Am gravierendsten ist der Unterschied bei den Krankenhausfällen aufgrund psychischer und alkoholbedingter Verhaltensstörungen. Diese kommen sogar doppelt so häufig vor wie bei den Altenpflegefachkräften und dreimal so häufig wie bei den sonstigen Berufen.

Altenpflegehilfskräfte
mit 3-mal so vielen
Krankhausfällen
wegen Alkoholmiss-
brauchs

Tabelle 3.32: Die 30 häufigsten Krankenhausfälle bei Altenpflegefachkräften nach ICD-Dreistellern: Anzahl je 1.000 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018

Rang	ICD-10-Kode	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
1	O80	Spontangeburt eines Einlings	4,1	3,3	4,3	3,1	3,6
2	K80	Cholelithiasis	3,9	4,1	3,1	3,4	2,6
3	O42	Vorzeitiger Blasensprung	3,0	1,9	3,4	2,7	2,8
4	F33	Rezidivierende depressive Störung	2,9	3,2	2,3	2,5	1,7
5	O70	Dammriss unter der Geburt	2,8	1,8	3,1	2,3	2,8
6	M54	Rückenschmerzen	2,6	3,5	2,3	3,1	1,6
7	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	2,5	1,7	2,7	1,8	2,2
8	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	2,4	2,6	2,4	2,8	1,7
9	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	2,4	2,5	2,3	1,9	1,7
10	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	2,3	2,2	1,6	1,9	1,4
11	F32	Depressive Episode	2,3	2,3	1,6	1,8	1,3
12	D25	Leiomyom des Uterus	2,1	1,8	2,1	2,2	1,8
13	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,8	3,6	1,5	1,9	1,2
14	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	1,8	1,5	2,0	2,7	2,1
15	M75	Schulterläsionen	1,7	1,9	1,6	2,0	1,2
16	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1,6	1,8	1,4	1,6	1,0
17	K35	Akute Appendizitis	1,6	1,8	1,6	1,7	1,4
18	K29	Gastritis und Duodenitis	1,5	2,0	1,1	1,8	1,0
19	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	1,5	1,2	1,4	1,4	0,9
20	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Ligamentum latum uteri	1,5	2,0	1,2	2,0	1,0
21	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	1,3	1,2	1,2	1,4	1,0
22	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	1,3	1,2	0,9	1,3	0,9
23	K57	Divertikulose des Darmes	1,2	1,6	1,4	1,3	1,1
24	O48	Übertragene Schwangerschaft	1,2	1,0	1,2	1,5	1,1

Rang	ICD-10-Kode	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
25	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	1,2	1,3	1,2	1,2	0,9
26	N80	Endometriose	1,2	1,1	1,2	1,5	1,0
27	I48	Andere neurotische Störungen	1,2	0,9	1,2	1,1	0,8
28	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	1,2	1,3	1,3	1,2	0,8
29	R07	Hals- und Brustschmerzen	1,2	1,3	0,9	1,3	0,8
30	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	1,1	1,5	1,2	1,3	1,1

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

Krankenhausfälle wegen psychischer Störungen dauern im Durchschnitt deutlich länger als alle anderen Krankenhausfälle. Bei der Betrachtung der Krankenhaustage kann dadurch ein anderes Ranking entstehen, was beispielsweise im Vergleich von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und psychischen und Verhaltensstörungen deutlich wird. Auch bei der Betrachtung der Krankenhaustage nach Diagnosekapiteln zeigt sich das deutlich erhöhte Ausmaß stationärer Behandlungen für Pflegekräfte im Vergleich zu den Beschäftigten in den sonstigen Berufen (Tabelle 3.33).

Bei einer Betrachtung der Krankenhaustage gewinnen psychische und Verhaltensstörungen sowie muskuloskeletale Erkrankungen quantitativ an Bedeutung. Die meisten Krankenhaustage ergeben sich aufgrund rezidivierender depressiver Störungen und depressiver Episoden. Diese affektiven Störungen verursachen bei Altenpflegefachkräften 75 Prozent mehr Krankenhaustage als bei Beschäftigten in sonstigen Berufen. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen verursachen bei Altenpflegefachkräften 38 Prozent mehr Krankenhaustage insbesondere durch Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen sowie durch somatoforme Störungen. Im

Bereich sonstiger Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens fallen 53 Prozent mehr Krankenhaustage an. Darunter fallen vor allem sonstige Bandscheibenschäden und Rückenschmerzen (Tabelle 3.34 und Tabelle 3.35).

Tabelle 3.33: Krankenhaustage je 1.000 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018 nach Diagnosekapiteln

	ICD-10-Diagnosekapitel	Altenpfe- gefach- kräfte	Altenpfe- gehilfs- kräfte	Kranken- pflege- fachkräfte	Kranken- pflege- hilfskräfte	sonstige Berufe
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	20	24	18	23	15
II	Neubildungen	77	85	73	78	73
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel- krankheiten	19	23	16	22	14
V	Psychische und Verhaltensstörungen	339	377	270	307	213
VI	Krankheiten des Nervensystems	30	34	29	26	24
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangs- gebilde	6	6	5	6	5
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	6	7	7	7	5
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	58	65	48	64	45
X	Krankheiten des Atmungssystems	34	35	29	34	27
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	84	95	71	79	64
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	17	15	13	16	12
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	106	126	105	120	78
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems	49	52	37	55	33
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	139	110	135	118	112
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbe- funde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	25	29	20	24	16
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	45	52	41	46	40
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflus- sen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswe- sens führen	5	3	6	5	6

Kapitel III, XVI, XVII, XX und XXII wegen seltener Nennung nicht dargestellt

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

Tabelle 3.34: Die 30 häufigsten Krankenhaustage nach Diagnosegruppen bei Altenpflegefachkräften: Anzahl je 1.000 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018

Rang	ICD-10-Diagnosegruppe	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
1	F30–F39	Affektive Störungen	215,5	208,2	170,9	179,5	123,3
2	O60–O75	Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung	47,2	34,7	47,1	39,1	39,8
3	F40–F49	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	45,7	63,4	38,3	52,0	33,1
4	O30–O48	Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Fetus und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen	44,5	34,5	43,5	37,4	37,1
5	M50–M54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	36,8	47,0	34,4	43,8	24,1
6	F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	27,9	47,2	22,8	23,2	16,4
7	F60–F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	25,8	31,7	17,7	20,4	12,2
8	K80–K87	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas	25,7	26,6	18,9	21,0	17,0
9	M15–M19	Arthrose	24,5	23,9	23,3	24,3	17,9
10	K55–K64	Sonstige Krankheiten des Darmes	19,3	24,6	19,5	18,5	16,3
11	D10–D36	Gutartige Neubildungen	18,4	20,4	17,2	16,7	15,3
12	N80–N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	17,6	19,0	15,7	23,0	12,1
13	O80–O82	Entbindung	17,5	13,2	17,5	15,0	14,5
14	F20–F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	17,0	17,8	11,3	22,5	18,8
15	K20–K38	Krankheiten des Ösophagus, des Magens, des Duodenums oder des Appendix	16,4	20,1	13,0	16,8	12,2
16	G40–G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	15,0	15,9	11,8	11,5	10,4
17	I30–I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit	14,4	12,2	14,2	16,6	11,7
18	J30–J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	13,9	12,3	13,7	12,9	11,9
19	O20–O29	Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	13,1	13,6	12,0	12,8	9,0
20	I60–I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten	12,7	15,3	10,1	16,5	11,3
21	M70–M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes	12,3	14,1	10,0	13,4	8,0

Rang	ICD-10-Diagnosegruppe	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
22	T66–T78	Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen	11,2	12,7	9,8	11,5	8,6
23	N10–N16	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten	10,1	8,9	6,5	11,2	6,6
24	C15–C26	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	9,8	10,7	8,9	9,7	10,0
25	M20–M25	Sonstige Gelenkkrankheiten	9,7	11,2	11,7	10,9	8,5
26	S80–S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	9,3	9,2	9,8	10,1	9,3
27	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	8,9	9,0	9,6	12,8	9,7
28	I20–I25	Ischämische Herzkrankheiten	8,1	15,0	7,0	10,4	7,2
29	C51–C58	Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane	7,7	10,9	5,9	7,0	6,3
30	R50–R69	Allgemeinsymptome	7,6	7,7	5,6	6,9	4,7

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

Tabelle 3.35: Die 30 häufigsten Krankenhaustage bei Altenpflegefachkräften nach ICD-Dreistellern: Anzahl je 1.000 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018

Rang	ICD-10-Kode	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
1	F33	Rezidivierende depressive Störung	126,1	123,3	101,0	108,7	69,7
2	F32	Depressive Episode	81,8	73,6	61,5	62,8	46,9
3	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	23,3	23,0	15,4	17,7	10,0
4	K80	Cholelithiasis	18,7	18,8	13,1	14,8	11,6
5	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	17,9	35,6	15,2	16,8	12,1
6	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	17,6	28,0	15,5	19,0	10,7
7	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	14,9	19,5	14,5	17,9	10,2
8	M54	Rückenschmerzen	13,9	18,5	12,7	18,1	9,0
9	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	13,4	11,4	12,0	12,9	8,0
10	O80	Spontangeburt eines Einlings	12,7	10,0	12,7	9,7	10,9
11	O42	Vorzeitiger Blasensprung	12,0	6,6	13,4	11,6	11,4

Rang	ICD-10-Kode	Beschreibung	Altenpflegefachkräfte	Altenpflegehilfskräfte	Krankenpflegefachkräfte	Krankenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe
12	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	11,8	11,1	11,5	8,1	9,3
13	F45	Somatoforme Störungen	10,6	15,7	10,2	10,2	9,3
14	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	10,5	6,8	10,3	7,8	8,9
15	F41	Andere Angststörungen	9,7	13,1	7,3	10,7	6,5
16	D25	Leiomyom des Uterus	9,0	7,8	8,6	8,2	7,3
17	O70	Dammriss unter der Geburt	9,0	6,1	9,6	7,5	8,7
18	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	8,9	9,0	9,6	12,8	9,7
19	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	8,7	9,5	8,5	8,2	8,0
20	K57	Divertikulose des Darmes	8,3	14,2	9,3	8,0	7,6
21	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	8,1	6,2	6,4	8,3	5,5
22	F25	Schizoaffektive Störungen	7,6	3,6	4,7	6,4	5,8
23	F31	Bipolare affektive Störung	7,1	11,4	8,4	7,0	6,4
24	C34	Bösartige Neubildung der Trachea	7,1	7,4	3,5	5,9	4,9
25	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	6,8	6,3	6,7	6,8	6,3
26	K35	Akute Appendizitis	6,7	6,6	6,1	6,4	5,6
27	I63	Hirnfarkt	6,6	10,9	5,1	7,9	5,1
28	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	6,2	4,8	3,8	7,4	4,3
29	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	5,7	6,7	4,5	5,3	3,3
30	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	5,4	3,9	5,4	4,5	3,9

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert PFK2017

Die Diagnosestellungen, die zu mehr Krankenhausaufenthalten und insbesondere zu mehr Krankenhaustagen führen, stehen in engem Zusammenhang mit den Belastungen in der Altenpflege. Vielfache starke körperliche und psychische Belastungen können zu genau den entsprechenden Erkrankungen führen, die sich bei den Krankenhausbehandlungen gehäuft wiederfinden. Bei den Altenpflegehilfskräften sind sogar noch mehr Krankenhausbehandlungen und Krankenhaustage zu verzeichnen. Die Zahl der Krankenhaustage wegen psychischer und Verhaltensstörungen liegt für Altenpflegekräfte auch höher als für Krankenpflegekräfte.

3.4.6 Fluktuation und Frühverrentung

Bessere Arbeitsbedingungen führen zu einer stärkeren Bindung der Beschäftigten an ihr Unternehmen. Wertschätzung, Entwicklungsmöglichkeiten und eigene Gestaltungsmöglichkeiten der Arbeitszeiten stärken die Betriebsbindung. Wenn Beschäftigte von einer starken Intensivierung der Arbeit berichten, ist auch die Unternehmensbindung deutlich geringer. Ein höheres Einkommen verringert aber den Wechselwunsch (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2015b).

häufig geäußelter
Wunsch, den Beruf
oder den Arbeitgeber
zu wechseln

54 Prozent der befragten Pflegekräfte aus dem Pflerix-Monitor haben über einen Berufsausstieg nachgedacht. 72 Prozent davon nennen als Hauptgrund den permanenten Personalmangel. Entsprechend würden 50 Prozent der Pflegekräfte den Beruf jüngeren Menschen nicht weiterempfehlen und 43 Prozent würden den Pflegeberuf nicht wieder wählen (HARTMANN Online-Redaktion, 2018). Eine starke Unzufriedenheit mit der Arbeit zeigte sich auch bei 46 Prozent der Altenpflegekräfte des DGB-Index Gute Arbeit 2007/2008 (ver.di, 2009, S. 15). Allgemein sind die Wünsche, den Arbeitgeber zu wechseln, größer, wenn es unverlässliche Arbeitszeiten gibt. Von den Beschäftigten mit häufig unzuverlässigen Arbeitszeiten geben 43 Prozent an, bei Gelegenheit den Arbeitgeber wechseln zu wollen, von den Beschäftigten mit zuverlässigen Arbeitszeiten nur 17 Prozent (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2015b, S. 3).

Befürchtung, nicht
bis zum Rentenalter
den Beruf ausüben
zu können

Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen gehen Pflegekräfte häufiger davon aus, ihre Tätigkeit nicht bis zum Rentenalter ausüben zu können (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018a, S. 22, 2020, S. 7; ver.di, 2009, S. 6). Die Häufigkeit körperlich schwerer Arbeit und ungünstiger Körperhaltungen bei der Arbeit hat Auswirkungen auf die Einschätzung, ob die aktuelle Tätigkeit bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter ausgeübt werden kann. Je höher die Belastung, desto geringer ist die subjektive Wahrscheinlichkeit für eine Berufstätigkeit in diesem Beruf bis zur Verrentung (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2019b, S. 11). Ebenso gibt es eine hohe Korrelation zwischen der Qualität der Arbeitsbedingungen und der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bis zum Rentenalter. Bei „schlechter Arbeit“ sind 78 Prozent der Altenpflegekräfte und bei „guter Arbeit“ nur 39 Prozent der Altenpflegekräfte der Meinung, die jetzige Tätigkeit nicht bis zum gesetzlichen Rentenalter ohne Einschränkungen ausüben zu können (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018a, S. 23).

Die Fluktuation im Pflegeberuf wie auch die frühzeitige Beendigung der Pflege Tätigkeit wird in den Befragungen nicht direkt ermittelt. Vielmehr wird mit Fragen nach Wechselwünschen (HARTMANN Online-Redaktion, 2018; Hasselhorn et al., 2005; Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2015b) oder nach der Einschätzung der langfristigen Erwerbsfähigkeit (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2018a, S. 22; ver.di, 2009, S. 6) eine Grundlage für Schätzungen geschaffen.

Inwieweit Wechselwünsche wirklich in eine Abkehr von der beruflichen Tätigkeit münden, kann aus den Befragungen aktiv Beschäftigter nicht ermittelt werden, da Intentionen und Handlungen nicht immer übereinstimmen. Notwendig ist daher ein Blick in das tatsächliche Wechselgeschehen. Von ambulanten Pflegediensten werden zwar Wechsel des Personals berichtet, aber dies wird eher als beständiger Bestandteil der Personalsteuerung in Einrichtungen wahrgenommen. In den meisten Fällen wird auch nicht von einem Berufsausstieg berichtet, sondern von Wechseln in andere Dienste, die vollstationäre Versorgung oder ins Krankenhaus. Gesundheitliche Gründe, Kündigung in der Probezeit und zu hohe Arbeitsbelastungen sind dabei die meistgenannten Gründe für die Beendigung der Tätigkeit in der Einrichtung. Familiengründung wird etwa so häufig genannt wie die Verrentung (Isfort et al., 2016, S. 83 f.). Von Leitungskräften im Pflegeheim wird als häufigster Austrittsgrund die Verrentung genannt. Ein gänzlicher Ausstieg der Pflegekräfte aus dem Beruf wird aber eher selten benannt (Isfort et al., 2018, S. 80).

Die Daten der Bundesagentur für Arbeit und Befragungen von Pflegeeinrichtungen erlauben dagegen einen Einblick in die tatsächlichen Berufsverläufe. Allerdings zeigen sich auch dabei methodische Probleme. Da die Erwerbsverläufe aktiv Beschäftigter noch nicht abgeschlossen sind, können nur die abgeschlossenen Verläufe älterer Kohorten betrachtet werden oder es müssen Längsschnitte aus vorhandenen Querschnittsdaten modelliert werden. Zudem ist zu beachten, dass es sich bei der Altenpflege immer noch um einen frauendominierten Beruf handelt. In der Altenpflege sind 83 Prozent der Beschäftigten weiblich (BA, 2020a, S. 8). Aufgrund der bei Frauen häufigeren und längeren Erziehungs- und Pflegezeiten sind durchgehende Berufsverläufe von der Ausbildung bis ins Rentenalter in der Altenpflege seltener zu erwarten. Auf Grundlage der IAB-Beschäftigtenstichprobe wurde für die Berufseintrittskohorte 1976–1980 für ein Beobachtungsfenster von 20 bis 25 Jahren eine durchschnittliche Verweildauer im Beruf von

11,69 Jahren bei einer Unterbrechungszeit von 7,78 Jahren ermittelt (Joost, 2010, S. 4). Inwieweit sich in jüngeren Berufseintrittskohorten die Unterbrechungszeiten vor dem Hintergrund der Entwicklung eines Rollenverständnisses und vor dem Hintergrund des sich verändernden Berufsbilds der Pflege entwickeln, lässt sich noch nicht beschreiben. Bedeutend ist aber, dass auch in den nachfolgenden Kohorten von der jeweils beobachtbaren Zeit rund 40 Prozent Unterbrechungszeiten waren (Joost, 2010, S. 6), die Anknüpfungspunkte für politische Interventionen sein können. Zu ermitteln, inwieweit die Personen gänzlich aus dem Erwerbsleben ausscheiden, ist aber auch mit dieser Berufsverlaufsanalyse nicht möglich.

Mit der Analyse der Übergänge in die Erwerbsminderungsrente lässt sich hingegen ein weitgehend endgültiges, belastungs- beziehungsweise gesundheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Berufsleben erfassen, das als ein valider Indikator für gesundheitsbedingte Berufsaustritte angesehen werden kann.

Anteil Personen mit
Erwerbsminderungs-
rente jährlich um 27 %
höher als in sonstigen
Berufen

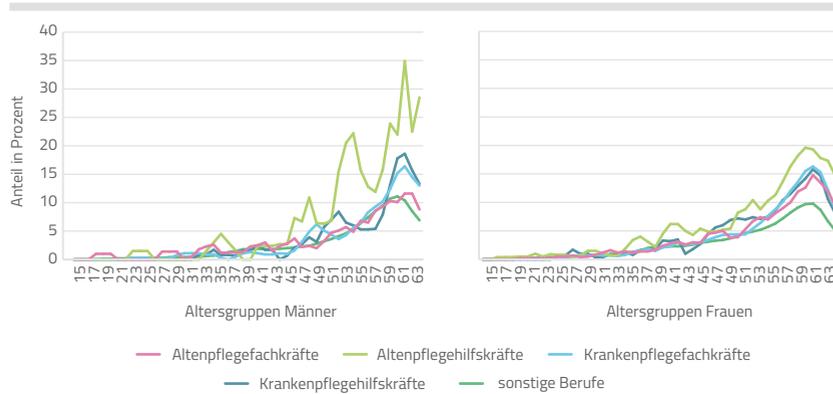
Auf Grundlage der BARMER-Daten wurden die Eintritte in die Erwerbsminderungsrente je 1.000 Versichertenjahre ausgezählt. Von 1.000 Altenpflegefachkräften gehen durchschnittlich pro Jahr 3,9 in die Erwerbsminderungsrente. Die jährliche Wahrscheinlichkeit des Eintritts in die Erwerbsminderungsrente liegt dabei um 27 Prozent höher als bei den sonstigen Berufen. Für Altenpflegehilfskräfte ist die Wahrscheinlichkeit sogar doppelt so hoch wie in sonstigen Berufen (Tabelle 3.36).

Tabelle 3.36: Eintritte in die Erwerbsminderungsrente je 1.000 VJ in den Jahren 2016 bis 2018

	Altenpflege- fachkräfte	Altenpflege- hilfskräfte	Krankenpfle- gefachkräfte	Krankenpfle- gehilfskräfte	sonstige Berufe
Frauen	2,5	5,0	2,4	2,4	2,1
Männer	4,1	6,2	4,2	4,6	3,2
gesamt	3,9	6,0	3,9	4,2	3,0

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersjahre 15 bis 64 Jahre, standardisiert auf die Zahl der Pflegefachkräfte 2017

Abbildung 3.6: Eintritte in die Erwerbsminderungsrente je 1.000 Versichertenjahre im Durchschnitt der Jahre 2016 bis 2018 nach Berufsgruppen



Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersjahre 16 bis 63 Jahre, zentrierter gleitender Durchschnitt über drei Altersjahre

Die Wahrscheinlichkeit der Frühverrentung steigt zunächst mit dem Alter immer weiter an (Abbildung 3.6). Ab dem Alter um 60 Jahre verringert sich dann die Wahrscheinlichkeit wieder, weil aus dem Beruf ausscheidende Personen dann vermehrt direkt eine Altersrente beziehen können. Bei Männern und Frauen sind die Anteile der Beschäftigten, die in eine Erwerbsminderungsrente wechseln, bei den Altenpflegehilfskräften deutlich höher als bei den Beschäftigten in sonstigen Berufen, bei den Männern ab einem Alter von 40 Jahren, bei den Frauen sogar in allen Altersklassen ab 34. Bei den übrigen Pflegeberufen ist dieser Unterschied zu den sonstigen Berufen nur bei den Frauen gut sichtbar. Die Unterschiede zwischen den übrigen Pflegeberufen sind dabei relativ gering.

überdurchschnittliche
Wahrscheinlichkeit der
Erwerbsminderungs-
rente als Rechengrund-
lage für verlorene Zeiten
in der Pflege

3.5 Verlorene Jahre der Erwerbstätigkeit in der Pflege

Pflegekräfte haben mehr Fehlzeiten am Arbeitsplatz (Kapitel 3.4.3) und sind häufiger frühverrentet (Kapitel 3.4.6). In beiden Fällen geht dem Pflegemarkt Pflegekapazität verloren. In diesem Kapitel soll daher abgeschätzt werden, um welches Volumen es dabei geht.

Pflegekräfte haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, die Erwerbstätigkeit durch eine Erwerbsminderungsrente zu beenden, als Beschäftigte außerhalb der Pflege (siehe Kapitel 3.4.6). Diese Differenz kann als Grundlage einer Kalkulation von vermeidbar verlorenen Erwerbsjahren in der Altenpflege herangezogen werden. Um eine Vergleichbarkeit herzustellen, müssen Faktoren wie Alter und Geschlecht kontrolliert werden. Daher wurden in den Auswertungen für die Altersjahre 15 bis 64 Jahre Übergangsraten je Versichertenjahr berechnet. Werden diese Übergangsraten angewendet auf die Zahl der Pflegekräfte, wie sie in der Pflegestatistik 2017 ausgewiesen sind, ergeben sich Eintritte im Umfang, wie sie in Tabelle 3.37 dargestellt sind. Die Hochrechnung erfolgt zum einen auf die Pflegefachkräfte (auch in Ausbildung) und auf die Pflegehilfskräfte. Diese umfassen auch diejenigen Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen mit sonstigem oder ohne Berufsabschluss, deren überwiegender Tätigkeitsbereich in der körperbezogenen Pflege liegt.

Tabelle 3.37: Eintritte in die Erwerbsminderungsrente (standardisiert)

standardisiert auf die Zahl der Pflegefachkräfte 2017			standardisiert auf die Zahl der Pflegehilfskräfte 2017		
Altenpflegefachkräfte	sonstige Berufe	Differenz	Altenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe	Differenz
1.784	1.404	380	2.612	1.327	1.285

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersjahre 15 bis 64 Jahre, standardisiert auf die Zahl der Pflegekräfte 2017

Übertragen auf die Zahl der Pflegefachkräfte aus der Pflegestatistik 2017 ergeben sich 1.784 Eintritte in die Erwerbsminderungsrente von Pflegefachkräften. Bei gleicher Anzahl und Verteilung nach Alter und Geschlecht ergäben sich bei den sonstigen Berufen aber nur 1.404 Eintritte in die Erwerbsminderung. Dies ist ein Unterschied von 380 Arbeitskräften. Bei den Pflegehilfskräften fällt der Unterschied mit 1.285 vorzeitig verrenteten Erwerbstätigen noch deutlicher aus. Die jährliche Inzidenz für eine Erwerbsminderungsrente ist unter Kontrolle von Alter und Geschlecht für Pflegefachkräfte somit im Vergleich

zu den Beschäftigten in den sonstigen Berufen um ein Viertel erhöht und bei Pflegehilfskräften sogar fast doppelt so hoch wie in dieser Vergleichsgruppe.

Die Unterschiede in den Fehlzeiten lassen sich ähnlich interpretieren wie die Eintritte in die Erwerbsminderungsrente. Ein gewisser Grundstock an Fehlzeiten ist unabhängig von der Erwerbstätigkeit und ein anderer Teil steht mit der Erwerbstätigkeit in Zusammenhang und ließe sich gegebenenfalls vermeiden. Werden auch hier die Werte für die Beschäftigten in sonstigen Berufen als „Normalwert“ interpretiert, spiegelt die Differenz von Beschäftigten in Altenpflege und sonstigen Berufen das vermeidbare Volumen an Fehlzeiten wider.

Tabelle 3.38: AU-Jahre (standardisiert)

standardisiert auf die Zahl der Pflegefachkräfte 2017			standardisiert auf die Zahl der Pflegehilfskräfte 2017		
Altenpflegefachkräfte	sonstige Berufe	Differenz	Altenpflegehilfskräfte	sonstige Berufe	Differenz
33.166	23.197	9.969	33.922	19.552	14.370

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2018, Erwerbstätige, Altersjahre 15 bis 64 Jahre, standardisiert auf die Zahl der Pflegekräfte 2017

Für den Vergleich wird ebenfalls auf die gesamte Erwerbspopulation im Alter von 15 bis 64 Jahren geschaut. Wie in Kapitel 3.4.3 gezeigt, ist der Krankenstand in der Altenpflege in allen Altersgruppen höher als in den sonstigen Berufen außerhalb der Pflege. Aus der Multiplikation der altersspezifischen Unterschiede mit der Anzahl der Pflegekräfte im jeweiligen Alter im Jahr 2017 ergibt sich das altersspezifisch vermeidbare Fehlzeitenvolumen. Aufsummiert über alle Altersgruppen und Geschlechter ergibt sich die Summe der vermeidbaren Fehlzeiten im Jahr 2017. Diese liegen bei 9.969 Versicherungsjahren für Pflegefachkräfte und bei 14.370 Versicherungsjahren für Pflegehilfskräfte.

überdurchschnittliche
Zahl an AU-Tagen
als Rechengrundlage
für verlorene Zeiten in
der Pflege

In der Summe von EM-Rente und Arbeitsunfähigkeit ergibt sich im Vergleich zu den sonstigen Berufen ein zusätzlicher Ausfall von 10.349 Pflegefachkräften und 15.655 Pflegehilfskräften. Zusammen entspricht diese einem Volumen von rund 26.000 Pflegekräften, die zusätzlich zur Verfügung stünden, wenn die Fehlzeiten und frühzeitigen Berufsausstiege dem Normalmaß entsprächen.

26.000 Pflegekräfte
fehlen durch erhöhte
Fehlzeiten und erhöhte
Frühverrentung.

höhere Belastung und
höhere Krankheitslast

3.6 Fazit

Für Pflegekräfte wurden insbesondere erhöhte Belastungen durch schwere körperliche Arbeit und Zwangshaltungen sowie durch psychische Belastungen festgestellt. Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte unterscheiden sich bezüglich der physischen Belastungen nicht sehr. Bezüglich der psychischen Belastungen fühlten sich die Hilfskräfte teilweise sogar weniger belastet. Korrespondierend zu den erhöhten Belastungen wird für Pflegekräfte auch insgesamt ein schlechterer Gesundheitszustand festgestellt. Diese Feststellung ist robust gegenüber der Wahl unterschiedlicher Messverfahren. Sowohl Befragungsergebnisse als auch die Analysen der ambulanten Diagnosen, der AU-Zeiten, der Arzneimittelverordnungen und der Krankenhausaufenthalte zeigen eine höhere Morbidität der Altenpflegefachkräfte bei muskuloskelettalen Erkrankungen sowie bei psychischen Störungen und Verhaltensstörungen. Obwohl sich die Belastungen von Altenpflegefachkräften und Altenpflegehilfskräften ähneln, ist der Gesundheitszustand der Pflegehilfskräfte schlechter als der der Pflegefachkräfte.

Ursächlich für den schlechteren Gesundheitszustand von Pflegekräften könnte zum einen eine Selbstselektion sein, die dazu führt, dass kränkere und krankheitsanfälliger Personen verstärkt den Pflegeberuf wählen. Der schlechtere Gesundheitszustand kann zum anderen kausal auf eine höhere Belastung zurückzuführen sein, die dann zu einer höheren Erkrankungshäufigkeit und damit zu mehr Fehlzeiten und später auch zu häufigeren Erwerbsminderungsrenten führt. Die Auswertungen der AU-Daten zeigen schon für die Beschäftigten in den jüngsten Altersgruppen einen höheren Krankenstand als in anderen Berufen (siehe Kapitel 3.4.3). Dies kann ein Zeichen einer relativ zügigen Wirkung der Belastungen sein, aber auch ein Zeichen für eine Selbstselektion.

Der im Vergleich zu anderen Berufen schlechtere Gesundheitszustand der Altenpflegeberufe führt zu höheren AU-Zeiten und einem erhöhten Maß an EM-Verrentungen, die das effektive Arbeitsangebot reduzieren, den Pflegenotstand erhöhen und damit den eingangs beschriebenen Teufelskreis verstärken. Handlungsfelder, auf denen Maßnahmen ergriffen werden können, um diesen Teufelskreis zu durchbrechen, sind insbesondere die Personalausstattung und die Entlohnung.

Eine ausreichende Personalausstattung ist Voraussetzung sowohl für eine fachgerechte Pflege als auch für gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen. Das Ausmaß der bedarfsgerechten Personalausstattung für Pflegeheime wurde mit dem Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens ermittelt. Es gilt nun, dieses Verfahren zügig umzusetzen. Im Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz ist hierzu bereits ein erster Schritt vorgesehen, dem aber weitere Schritte folgen müssen (siehe Kapitel 1.2). Insbesondere müssen die Einrichtungen dabei unterstützt werden, den neuen Personalmix durch entsprechende Organisationsentwicklungsschritte so umzusetzen, dass die gewünschten Ergebnisse erzielt werden können. Das setzt voraus, dass Fach- und Hilfspersonal in Zukunft kompetenzgerecht eingesetzt werden.

ausreichende Personal-
ausstattung und Organi-
sationsentwicklung
notwendig

Um eine höhere Stellenzahl auch besetzen zu können, ist eine Aus- und Weiterbildungsoffensive zwingend. Gemäß den Beschlüssen der Konzertierte Aktion Pflege soll die Zahl der ausbildenden Einrichtungen (BMG, 2019b, S. 15) und der Auszubildenden (BMG, 2019b, S. 24) bis zum Jahr 2023 jährlich um jeweils zehn Prozent steigen. Pflegeeinrichtungen sollen zudem mindestens 5.000 Weiterbildungsplätze zur Nachqualifizierung von Pflegehilfskräften schaffen (BMG, 2019b, S. 29). Die Ausbildung zur Altenpflegefachkraft kann auch in Form einer beruflichen Weiterbildung vollzogen werden. Bereits durch das am 19. März 2013 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege wurden Möglichkeiten zur Verkürzung der Ausbildungsdauer bei vorhandenen Vorqualifikationen ausgeweitet. Zudem konnten zwischen dem 1. April 2013 und dem 31. März 2016 begonnene Umschulungen zur Altenpflegefachkraft wieder dreijährig und damit voll von Arbeitsagenturen beziehungsweise Jobcentern finanziert werden. So stieg die Zahl der Umschulungseintritte von 3.950 im Jahr 2012 auf 7.390 im Jahr 2013. Angesichts des Fachkräftemangels wurde die dreijährige Fördermöglichkeit für alle Eintritte in die Altenpflegeausbildung bis zum 31. Dezember 2019 verlängert (BMFSFJ, 2020, S. 16). Die geförderte berufliche Weiterbildung spielt in der Ausbildung von Altenpflegefachkräften somit weiterhin eine bedeutende Rolle. 2018/2019 wurde bundesweit gut jede vierte Ausbildung zur Altenpflegefachkraft in Form einer geförderten Weiterbildung begonnen (BA, 2020a, S. 4).

Ausbildungskapazitäten
weiter steigern

Tatsächlich liegt der Fokus der Beschlüsse der KAP aber nur auf Pflegefachkräften. In Zukunft müssen zudem – insbesondere vor dem Hintergrund der Ergebnisse des PeBeM-Projekts – aber auch verstärkt Ausbildungsplätze für Pflegehilfskräfte mit ein- bis zweijähriger Ausbildung nach Landesrecht geschaffen werden.

Die Arbeitsangebotskapazitäten in der Pflege können auch durch Ausweitung der Wochenarbeitszeit gesteigert werden, da ein Großteil der Pflegekräfte in Teilzeit beschäftigt ist. Einen Hinweis darauf, dass dies trotz der verstärkten Arbeitsaufkommen am Morgen und am Abend, die sich ideal in Teilzeit abdecken lassen, auch in der Langzeitpflege möglich ist, geben die zwischen den Bundesländern erheblich variierenden Anteile der vollzeitbeschäftigten Pflegekräfte (siehe Kapitel 2.2).

Einen Beitrag zur Verringerung von Belastungen und Erkrankungen und damit auch zur Erhöhung der Arbeitskapazitäten können betriebliches Gesundheitsmanagement und betriebliche Gesundheitsförderung leisten. Verhaltenspräventive Interventionen zur Förderung der Stressbewältigungskompetenz weisen eine mittelfristige Wirksamkeit auf. Werden entsprechende Programme als Arbeits- oder Fortbildungszeit deklariert, ist der Zugang für die Beschäftigten niedrigschwelliger. Selbst das Risiko für psychische Erkrankungen lässt sich durch präventive Ansätze senken (Maatouk et al., 2019, S. 346 ff.).

Eine gute Vorbereitung der Pflegekräfte auf mögliche gegen sie gerichtete Gewalt vermindert das Belastungsempfinden (Schablon et al., 2019). Klarheit in den beruflichen Gefühlsregeln sind wichtige Ressourcen, um mit den entstehenden Emotionen umzugehen und angepasst zu reagieren (Hornung et al., 2019, S. 117). Dazu wird aber ausreichend Personal mit einer adäquaten Aus- und Weiterbildung benötigt.

Betriebliche Gesundheitsförderung ist möglich und gewünscht.

Betriebliche Gesundheitsförderung ist auch speziell für die Arbeit in der Altenpflege ein vielfach benanntes Thema. Dennoch geben nur 43 Prozent der Leitungskräfte in Pflegeheimen an, dass in ihren Einrichtungen entsprechende Angebote vorhanden sind. Soweit sie vorhanden sind, werden die Maßnahmen aber eher von den aktiven und gesunden Beschäftigten wahrgenommen (Isfort et al., 2018, S. 72). Während 43 Prozent der Beschäftigten in der Altenpflege angeben, dass ihre Einrichtung betriebliche Gesundheitsförderung betreibt, erachten 89 Prozent diese als (sehr) wichtig (Kliner et al., 2017, S. 11).

Die Einkommen in der Altenpflege sind weiterhin unterdurchschnittlich und für Fach- und Hilfskräfte deutlich niedriger als in der Krankenpflege. Tarifvertragliche Bindungen und eine Erhöhung des Einkommens sind deshalb wesentliche Wünsche der Pflegekräfte (Benedix & Medjedović, 2014, S. 62 f.). Altenpflegekräfte sind überdurchschnittlich häufig mit ihrem Einkommen unzufrieden und haben vielfach Angst, dass sie am Ende ihres Lebens nur über eine unzureichende Rente verfügen können (siehe Kapitel 3.3.3). Soll die Altenpflege attraktiver werden, ist das Gehalt insbesondere für die Rekrutierung von Pflegekräften relevant, während für das Halten von Pflegekräften vor allem die Arbeitsbedingungen verbessert werden müssen.

Einkommen als Entscheidungshilfe für den Berufseinstieg

Höhere Personalschlüssel und höhere Gehälter für Altenpflegekräfte sind somit notwendig. Ohne eine Finanzreform führen diese aber zu höheren Pflegesätzen und dann auch zu steigenden Eigenanteilen, die aber schon jetzt (zu) hoch sind (siehe Kapitel 2.2.2). Wenn der Zugang zur Versorgung im Pflegeheim für Pflegebedürftige in gleicher Weise wie bisher gewährleistet werden soll, ist daher eine Finanzreform der Pflegeversicherung notwendig, die die Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs flankiert.

Verzeichnisse

Verzeichnisse

Abkürzungsverzeichnis

ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
COVID-19	coronavirus disease 2019
DDD	Defined Daily Doses – definierte Tagesdosis
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
IfSG	Infektionsschutzgesetz
KAP	Konzertierte Aktion Pflege
KIbB2010	Klassifikation der Berufe 2010
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MNB	Mund-Nasen-Bedeckung
PEA	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
PeBeM	Personalbemessung
PfFK2017	Standardisierung auf die Zahl der Pflegefachkräfte nach der Pflegestatistik von 2017
PfIAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

PKV	Verband der Privaten Krankenversicherung
PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
PPV	Pflegepflichtversicherung
PSG	Pflegestärkungsgesetz
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SPV	soziale Pflegeversicherung
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	COVID-19-Fälle pro 100.000 Einwohner nach Bundesländern (kumulierte Inzidenz) (Stand 20. September 2020)	30
Abbildung 1.2:	Todesfälle mit COVID-19 pro 100.000 Einwohner nach Bundesländern (kumulierte Inzidenz) (Stand 20. September 2020)	30
Abbildung 1.3:	Anteil der Bewohner von Einrichtungen nach § 36 IfSG an allen Toten mit COVID-19	36
Abbildung 1.4:	Entwicklung der Inzidenzraten pro Woche in der Gesamtbevölkerung und unter Bewohnern beziehungsweise Mitarbeitern in Einrichtungen nach § 36 IfSG	38
Abbildung 1.5:	Entwicklung der Mortalitätsraten pro Woche in der Gesamtbevölkerung und unter Bewohnern beziehungsweise Mitarbeitern in Einrichtungen nach § 36 IfSG	39
Abbildung 2.1:	Pflegegrade nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2017 (Pflegestatistik)	61
Abbildung 2.2:	Pflegegrade nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2017 (BARMER)	62
Abbildung 2.3:	Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesländern und nach Pflegegraden – 2019 gegenüber 2017 (BARMER)	63
Abbildung 2.4:	Versorgungsarten nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2017 (Pflegestatistik)	64
Abbildung 2.5:	Versorgungsarten nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2017 (BARMER)	65
Abbildung 2.6:	Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten und Bundesländern – 2019 gegenüber 2017 (BARMER)	67
Abbildung 2.7:	Pflegeprävalenzen nach Bundesländern im Jahr 2017	71
Abbildung 2.8:	Ergebnisse von Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch den MDK	75
Abbildung 2.9:	Einjahresinzidenz der Pflegebedürftigkeit je 1.000 nicht pflegebedürftige Einwohner	81
Abbildung 2.10:	Jahresinzidenz der vollstationären Dauerpflege je 1.000 Einwohner außerhalb der Einrichtungen	83

Abbildung 2.11:	Prozentualer Anteil der Todesfälle oder anderer dauerhafter Beendigungen innerhalb eines Jahres (2013 und 2019).....	87
Abbildung 2.12:	Monatliche Leistungen der Pflegeversicherung und Eigenanteile im Juli 2020 in Euro	109
Abbildung 2.13:	Monatliche finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in Euro im Juli 2020.....	110
Abbildung 3.1:	Pflegekräfte in den Pflegediensten. Vollzeitäquivalente gewichtet mit dem Arbeitsanteil nach SGB XI je 100 Pflegebedürftige in den Jahren 2007 und 2017.....	132
Abbildung 3.2:	Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Vollzeitäquivalente gewichtet mit dem Arbeitsanteil nach SGB XI je 100 Pflegebedürftige in den Jahren 2007 und 2017.....	133
Abbildung 3.3:	Teufelskreis des Pflegenotstands ausgehend von einer zu geringen Personalausstattung	137
Abbildung 3.4:	Subjektive Selbsteinschätzung der Gesundheit nach Berufsgruppe	166
Abbildung 3.5:	Krankenstand nach Altersgruppen und Geschlecht	177
Abbildung 3.6:	Eintritte in die Erwerbsminderungsrente je 1.000 Versichertenjahre im Durchschnitt der Jahre 2016 bis 2018 nach Berufsgruppen	211

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Verbreitung weltweit nach Regionen (Stand 20. September 2020) ...	29
Tabelle 1.2:	Chronologie der in Reaktion auf die Pandemie verabschiedeten Gesetze und erlassenen Rechtsverordnungen mit Bezug zur Pflegeversicherung im Jahr 2020	32
Tabelle 2.1:	Pflegebedürftige nach Jahren im Ländervergleich	59
Tabelle 2.2:	Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen im Ländervergleich	60
Tabelle 2.3:	Pflegeprävalenz nach Jahren im Ländervergleich	68
Tabelle 2.4:	Pflegeprävalenz nach Altersklassen und Jahren im Ländervergleich in Prozent	69
Tabelle 2.5:	Zahl der Begutachtungen der MDK und der Knappschaft nach Gutachtenart	73
Tabelle 2.6:	Begutachtungen durch MEDICPROOF in den Jahren 2015 bis 2018 ..	77
Tabelle 2.7:	Eintritt in die Pflegebedürftigkeit nach Jahren im Ländervergleich	79
Tabelle 2.8:	Eintritte in die vollstationäre Dauerpflege nach Jahren im Ländervergleich	82
Tabelle 2.9:	Zahl der Todesfälle und andere dauerhafte Beendigungen der Pflegebedürftigkeit in den Jahren 2013 und 2019 im Ländervergleich	86
Tabelle 2.10:	Ambulante Pflegedienste nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 1999, 2005, 2011 und 2017	91
Tabelle 2.11:	Von ambulanten Pflegediensten betreute Pflegebedürftige nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 1999, 2005, 2011 und 2017	92
Tabelle 2.12:	Pflegebedürftige je Pflegedienst nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 1999, 2005, 2011 und 2017	93
Tabelle 2.13:	Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungs- verhältnis in den Bundesländern im Jahr 2017	95
Tabelle 2.14:	Personal der ambulanten Pflegedienste nach hauptsächlichem Tätigkeitsbereich im Jahr 2017	96
Tabelle 2.15:	Pflegepersonal der ambulanten Pflegedienste nach Zuständigkeit und im Vergleich zur Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2017	98
Tabelle 2.16:	Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 1999, 2005, 2011 und 2017	100

Tabelle 2.17:	Pflegeplätze in stationären Pflegeeinrichtungen und Anteil vollstationärer Plätze (Dauerpflege plus Kurzzeitpflege) in den Bundesländern in den Jahren 1999, 2005, 2011 und 2017	101
Tabelle 2.18:	Von stationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige in den Bundesländern in den Jahren 1999, 2005, 2011 und 2017	102
Tabelle 2.19:	Personal in stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2017	103
Tabelle 2.20:	Personal in stationären Pflegeeinrichtungen nach Tätigkeitsbereich im Jahr 2017	105
Tabelle 2.21:	Pflegepersonal in stationären Pflegeeinrichtungen nach Qualifikation und im Vergleich zur Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2017	107
Tabelle 2.22:	Anteil ambulant versorgter Pflegebedürftiger mit Beitragszahlungen zur Rentenversicherung für Pflegepersonen in den Jahren 2013 bis 2019	113
Tabelle 2.23:	Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung	118
Tabelle 2.24:	Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung	122
Tabelle 2.25:	Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“ – Empfänger und Nettoausgaben ...	124
Tabelle 2.26:	Leistungsausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2018	126
Tabelle 3.1:	Definition der Berufsgruppen	139
Tabelle 3.2:	Anzahl der Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018 nach Berufsgruppen, Alter und Geschlecht	140
Tabelle 3.3:	Arbeitsbedingungen – häufiges Vorkommen	146
Tabelle 3.4:	Arbeitsbedingungen – empfundene Belastungen und Unzufriedenheit	147
Tabelle 3.5:	Handlungsspielräume und Informiertheit, die „nie“ gegeben sind	149
Tabelle 3.6:	Empfundene Belastung durch Handlungsspielräume und Informiertheit, die „nie“ gegeben sind	149
Tabelle 3.7:	Arbeitsanforderungen – häufiges Vorkommen	150
Tabelle 3.8:	Arbeitsanforderungen – empfundene Belastungen und Unzufriedenheiten	151
Tabelle 3.9:	Über- und Unterforderungen und Veränderungen der Anforderungen	153

Tabelle 3.10:	Soziale Ressourcen, die „nie“ gegeben sind	158
Tabelle 3.11:	Empfundene Belastungen durch soziale Ressourcen, die „nie“ gegeben sind	158
Tabelle 3.12:	Unzufriedenheit mit den Ressourcen und der Arbeit insgesamt	159
Tabelle 3.13:	Häufig auftretende Beschwerden während oder unmittelbar nach der Arbeit	167
Tabelle 3.14:	Behandlung durch Ärzte oder Therapeuten wegen häufig auftretender Beschwerden	168
Tabelle 3.15:	Ambulante Diagnosen je 100 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018 nach Diagnosekapiteln	171
Tabelle 3.16:	Die 30 häufigsten ambulanten Diagnosegruppen bei Altenpflegefachkräften: Anzahl je 100 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018	172
Tabelle 3.17:	Die 30 häufigsten ambulanten Diagnosen (ICD-Dreisteller) bei Altenpflegefachkräften: Anzahl je 100 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018	174
Tabelle 3.18:	Arbeitsunfähigkeit in den Jahren 2016 bis 2018	176
Tabelle 3.19:	AU-Fälle je 100 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018 nach Diagnosekapiteln	179
Tabelle 3.20:	Die 30 häufigsten AU-Fälle nach Diagnosegruppen bei Altenpflegefachkräften: Anzahl je 100 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018	180
Tabelle 3.21:	Die 30 häufigsten AU-Fälle bei Altenpflegefachkräften nach ICD- Dreistellern: Anzahl je 100 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018	182
Tabelle 3.22:	AU-Tage je 100 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018 nach Diagnosekapiteln	185
Tabelle 3.23:	Die 30 häufigsten AU-Tage nach Diagnosegruppen bei Altenpflegefachkräften: Anzahl je 100 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018	186
Tabelle 3.24:	Die 30 häufigsten AU-Tage bei Altenpflegefachkräften nach ICD- Dreistellern: AU-Tage je 100 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018	188

Tabelle 3.25:	Verordnete Präparate nach anatomischen ATC-Gruppen je Versichertenjahr in den Jahren 2016 bis 2018	191
Tabelle 3.26:	Tagesdosen (DDD) nach ATC-Gruppen je Versichertenjahr in den Jahren 2016 bis 2018	192
Tabelle 3.27:	Die 30 am häufigsten verordneten Präparate (ATC-Viersteller) bei Altenpflegefachkräften: Anzahl je Versichertenjahr in den Jahren 2016 bis 2018	194
Tabelle 3.28:	Die 30 Präparate mit den meisten verordneten DDD (ATC-Viersteller) bei Altenpflegefachkräften: Anzahl je Versichertenjahr in den Jahren 2016 bis 2018	196
Tabelle 3.29:	Krankenhausaufenthalte in den Jahren 2016 bis 2018	197
Tabelle 3.30:	Krankenhausaufenthalte je 1.000 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018 nach Diagnosekapiteln	199
Tabelle 3.31:	Die 30 häufigsten Krankenhaufälle nach Diagnosegruppen bei Altenpflegefachkräften: Anzahl je 1.000 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018	200
Tabelle 3.32:	Die 30 häufigsten Krankenhaufälle bei Altenpflegefachkräften nach ICD-Dreistellern: Anzahl je 1.000 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018	202
Tabelle 3.33:	Krankenhaustage je 1.000 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018 nach Diagnosekapiteln	204
Tabelle 3.34:	Die 30 häufigsten Krankenhaustage nach Diagnosegruppen bei Altenpflegefachkräften: Anzahl je 1.000 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018	205
Tabelle 3.35:	Die 30 häufigsten Krankenhaustage bei Altenpflegefachkräften nach ICD-Dreistellern: Anzahl je 1.000 Versichertenjahre in den Jahren 2016 bis 2018	206
Tabelle 3.36:	Eintritte in die Erwerbsminderungsrente je 1.000 VJ in den Jahren 2016 bis 2018	210
Tabelle 3.37:	Eintritte in die Erwerbsminderungsrente (standardisiert)	212
Tabelle 3.38:	AU-Jahre (standardisiert)	213

Literaturverzeichnis

- Augurzky, B., Borchert, L., Deppisch, R., Krolop, S., Mennicken, R., Preuss, M., Rothgang, H., Stocker-Müller, M. & Wasem, J. (2008). Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen. Ein Bundesländervergleich. Essen.
- BA – Bundesagentur für Arbeit (1988). Klassifizierung der Berufe 1988. Systematisches und alphabetisches Verzeichnis der Berufsbenennungen. Excel-Tabelle. Verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/KldB1975-1992/Generische-Publikationen/KldB1988-Die-Klassifikation.xls> [19.10.2020]
- BA – Bundesagentur für Arbeit (2011). Klassifikation der Berufe 2010 – Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen. Nürnberg.
- BA – Bundesagentur für Arbeit (2013). Klassifikation der Berufe 2010 – Systematisches Verzeichnis. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.
- BA – Bundesagentur für Arbeit (2020a). Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Nürnberg. Verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf> [02.09.2020]
- BA – Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2020b). Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Nürnberg.
- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2019). Gefährdungsfaktoren. Ein Ratgeber. Dortmund.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2020). Pressemitteilung 27. Januar 2020. Verfügbar unter: <https://www.stmgp.bayern.de/presse/bestaetigter-coronavirus-fall-in-bayern-infektionsschutzmassnahmen-laufen/> [19.10.2020]
- Benedix, U. & Medjedović, I. (2014). Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege. Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten. Bremen.
- BKK Dachverband (2020). Presseinformation 22. Juli 2020. Berlin.
- Blättner, B. (2020). Covid-19: Gesundheitliche Ungleichheit und Pflegebedürftigkeit. Pflege, 33 (4), 187–188.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, und Jugend (2020). Abschlussbericht zur Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege (2012 bis 2015). Berlin.

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2019a). Konzertierte Aktion Pflege. Glossar. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html> [19.08.2020]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2019b). Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. 3. Auflage. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung__2019_barr.pdf [19.08.2020]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020a). Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung__2019_barr.pdf [14.07.2020]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020b). Glossar. Pflegebonus. Corona-Prämie für Beschäftigte in der Altenpflege. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegebonus.html> [24.08.2020]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020c). Bundesrat stimmt Gesetzespaketen zur Unterstützung des Gesundheitswesens bei der Bewältigung der Corona-Epidemie zu. Pressemitteilung 27. März 2020. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/1-quartal/corona-gesetzespaket-im-bundesrat.html> [19.09.2020]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020d). Coronavirus SARS-CoV-2: Chronik der bisherigen Maßnahmen. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html> [19.09.2020]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020e). Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG). Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GPVG_RefE.pdf [19.09.2020]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020f). Sofortprogramm Pflege. Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG). Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html> [19.09.2020]

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020g). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand: 28. Juli 2020. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_Juli_2020_bf.pdf [19.09.2020]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020h). Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/covid-19-bevoelkerungsschutz-2.html> [19.09.2020]
- Böhle, F., Stöger, U. & Wehrich, M. (2015). Interaktionsarbeit gestalten. Vorschläge und Perspektiven für humane Dienstleistungsarbeit. Berlin.
- BT – Deutscher Bundestag (2019). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Nicole Westig, Michael Theurer, Renata Alt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 19/12436. Auswirkungen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes in der Altenpflege. Berlin. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/129/1912965.pdf> [19.09.2020]
- Büscher et al., 2020, S. 103; DBfK, 2011; Wingenfeld & Schnabel, 2002, S. 83, 98 ff.
- Carstensen, J., Seibert, H. & Wiethölter, D. (2020). Entgelte von Pflegekräften. Nürnberg. Verfügbar unter: http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2020.pdf [02.09.2020]
- Comas-Herrera, A., Ashcroft, E. C. & Lorenz-Dant, K. (2020a). International examples of measures to prevent and manage COVID-19 outbreaks in residential care and nursing home settings. LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network.
- Comas-Herrera, A., Zalakaín, J., Litwin, C., Hsu, A. T., Lemmon, E., Henderson, D. & Fernández, J.-L. (2020b). Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence. LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network.
- Dawson, W. D., Ashcroft, E. C., Lorenz-Dant, K. & Comas-Herrera, A. (2020). Mitigating the Impact of the COVID-19 Outbreak: A Review of International Measures to Support Community-Based Care. LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network.
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2009). Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? – Fakten zum Pflegekollaps. Ausgewählte Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage 2008/2009. Berlin.

- DGP – Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2020). S1 Leitlinie. Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter Bedingungen der COVID-19-Pandemie. Langfassung. Stand: 10. August 2020. Verfügbar unter: https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2020/08/184-0011_S1_Soz_Teilhabe_Lebensqualitaet_stat_Altenhilfe_Covid-19_2020-08.pdf [19.09.2020]
- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2018). ICD-10-GM Version 2019. Systematisches Verzeichnis Buchfassung. Stand: 21. September 2018.
- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2019). Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2020. Köln.
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2020). Zeitreihen. Aktiv Versicherte am 31.12. – Versichertenstatus am Jahresende. Verfügbar unter: <https://statistik-rente.de/drv/> [17.08.2020]
- ECDC Public Health Emergency Team, Danis, K., Fonteneau, L., Georges, S., Daniau, C., Bernard-Stoecklin, S., Domegan, L., O'Donnel, J., Hauge, S. H., Dequeker, S., Vandael, E., Van der Heyden, J., Renard, F., Bustos Sierra, N., Ricchizzi, E., Schweickert, B., Schmidt, N., Abu Sin, M., Eckmanns, T., Paiva, J.-A. & Schneider, E. (2020). High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion for monitoring in the EU/EEA, May 2020. Euro Surveillance, 25 (22).
- Eggert, S., Teubner, C., Budnick, A., Gellert, P. & Kuhlmeier, A. (2020). Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Berlin. Verfügbar unter: <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Angeh%C3%B6rige-COVID19.pdf> [19.09.2020]
- FDZ-StaBu – Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2020). Pflegestatistik 2007–2017.
- Fuchs-Frohnhofen, P., Isfort, M., Ciesinger, K.-G., Hammann, G. & Bogert, B. (2017). Prävention durch Veränderung – Präventive Arbeitsgestaltung im Bereich der Altenpflege – Das Projekt Pflege-Prävention 4.0. In P. Fuchs-Frohnhofen, T. Altmann,

- S. Döring, A. Felscher & M. Wehrich (Hrsg.), *Neue Ansätze des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Pflege- und Dienstleistungssektor* (S. 4–8). Weimar.
- Geiss, S., Pupeter, M. & Schneekloth, U. (2019). *Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit* (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 2: Allgemeine Befragungen. München.
- Greß, S. & Stegmüller, K. (2016). *Gesetzliche Personalbemessung in der stationären Altenpflege. Gutachterliche Stellungnahme für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)*. pg-papers 01/2016. Fulda.
- Hall, A., Hünefeld, L. & Rohrbach-Schmidt, D. (2020a). *BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018 – Arbeit und Beruf im Wandel. Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen*. SUF_1.0; Forschungsdatenzentrum im BIBB (Hrsg.); GESIS Köln (Datenzugang).
- Hall, A., Siefer, A. & Tiemann, M. (2020b). *BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 – Arbeit und Beruf im Wandel. Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen*. SUF_6.0; Forschungsdatenzentrum im BIBB (Hrsg.); GESIS Köln (Datenzugang).
- Hall, A. & Tiemann, M. (2020). *BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006 – Arbeit und Beruf im Wandel. Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen*. SUF_2.0; Forschungsdatenzentrum im BIBB (Hrsg.); GESIS Köln, (Datenzugang).
- HARTMANN Online-Redaktion (2018). *Pflegekräfte denken über Ausstieg nach*. Verfügbar unter: <https://www.hartmann.info/de-de/wissen-und-news/b/0/post-reporting-deutscher-pflegetag> [20.08.2020]
- Hasselhorn, H.-M., Müller, B. H., Tackenberg, P., Kümmerling, A. & Simon, M. (Hrsg.) (2005). *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Bremerhaven.
- Höhmann, U., Lautenschläger, M. & Schwarz, L. (2016). *Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate*. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus* (S. 73–89). Stuttgart.
- Hornung, S., Lampert, B., Glaser, J. & Weigl, M. (2019). *Emotionsarbeit und Burnout bei Altenpflegekräften: Ein arbeitspsychologisches Phasenmodell*. In P. Angerer, H. Gündel, S. Brandenburg, A. Nienhaus, S. Letzel & D. Nowak (Hrsg.), *Arbeiten im Gesundheitswesen. Psychosoziale Arbeitsbedingungen – Gesundheit der Beschäftigten – Qualität der Patientenversorgung* (S. 106–120). Landsberg am Lech.

- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2015a). Arbeitsbedingte Belastung und Beanspruchung. Wie die Beschäftigten den Zusammenhang beurteilen. DGB-Index Gute Arbeit kompakt. Berlin. Verfügbar unter: <https://index-gute-arbeit.dgb.de/veroeffentlichungen/sonderauswertungen/++co++b40652a8-7895-11e5-8f4f-52540023ef1a> [28.08.2020]
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2015b). Arbeitsqualität und Unternehmensbindung. DGB-Index Gute Arbeit kompakt, 02/2015. Berlin. Verfügbar unter: <https://index-gute-arbeit.dgb.de/veroeffentlichungen/kompakt/++co++b2676154-7687-11e5-88ca-52540023ef1a> [21.11.2018]
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2015c). DGB-Index Gute Arbeit. Der Report 2015. Wie die Beschäftigten die Arbeitsbedingungen in Deutschland beurteilen. Mit dem Themenschwerpunkt: Multitasking, unzureichende Personalausstattung, Arbeit ohne Pause – Profilverkmale der Arbeitshetze. Berlin. Verfügbar unter: <https://index-gute-arbeit.dgb.de/veroeffentlichungen/++co++bf0decf0-942a-11e5-82bf-52540023ef1a> [02.09.2020]
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2018a). Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Berlin. Verfügbar unter: <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++df07ee92-b1ba-11e8-b392-52540088cada> [21.11.2018]
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2018b). DGB-Index Gute Arbeit. Der Report 2018. Arbeiten am Limit. Wie die Beschäftigten die Arbeitsbedingungen in Deutschland beurteilen. Mit dem Themenschwerpunkt: Arbeit mit Kundschaft, PatientInnen, Lernenden etc. Interaktionsarbeit. Berlin. Verfügbar unter: <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++a4b306c2-e730-11e8-b720-52540088cada> [20.08.2020]
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2019a). DGB-Index Gute Arbeit. Der Report 2019. Arbeiten am Limit. Themenschwerpunkt Arbeitsintensität. Berlin. Verfügbar unter: <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++caa19028-1511-11ea-81ba-52540088cada> [20.08.2020]
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2019b). Körperlich harte Arbeit. So beurteilen die Beschäftigten ihre Belastungen. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfrage zum DGB-Index Gute Arbeit 2018. Berlin. Verfügbar unter: <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++beafcd42-763e-11e9-b5d3-52540088cada> [20.08.2020]

- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2020). DGB-Index Gute Arbeit. Kompakt 01/2020. Weiblich, systemrelevant, unterbezahlt. Arbeitsbedingungen in vier frauendominierten Berufsgruppen. Berlin. Verfügbar unter: <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++cac60ee2-7c89-11e9-b866-52540088cada> [20.08.2020]
- Isfort, M., Rottländer, R., Weidner, F., Gehlen, D., Hylla, J. & Tucman, D. (2018). Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland. Köln.
- Isfort, M., Rottländer, R., Weidner, F., Tucman, D., Gehlen, D. & Hylla, J. (2016). Pflege-Thermometer 2016. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten. Köln.
- Joost, A. (2010). Berufsverläufe von Altenpfleger/-innen – Ergebnisse und Ansatzpunkte zur Verlängerung der Beschäftigungszeiten. *Informationsdienst altersfragen*, 37 (3), 3–8.
- Kliner, K., Rennert, D. & Richter, M. (Hrsg.) (2017). BKK Gesundheitsatlas 2017. Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen. Berlin.
- Kliner, K., Rennert, D. & Richter, M. (Hrsg.) (2019). BKK Gesundheitsatlas 2019. Netzwerke(n) für Gesundheit. Berlin.
- Lorenz-Dant, K. (2020). International examples of measures to support unpaid carers during the COVID-19 pandemic. LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network.
- Maatouk, I., Helaß, M. & Nikendei, C. (2019). Gesundes Altern in der Pflege. In P. Angerer, H. Gündel, S. Brandenburg, A. Nienhaus, S. Letzel & D. Nowak (Hrsg.), *Arbeiten im Gesundheitswesen. Psychosoziale Arbeitsbedingungen – Gesundheit der Beschäftigten – Qualität der Patientenversorgung* (S. 344–352). Landsberg am Lech.
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2020). Begutachtungen 2019. Daten auf Anfrage.
- MEDICPROOF (2016). Zahlen, Daten, Fakten 2015. Köln. Verfügbar unter: https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/ZDF/ZDF-2015.pdf [27.02.2019]
- MEDICPROOF (2017). Zahlen, Daten, Fakten 2016. Köln. Verfügbar unter: https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/ZDF/ZDF-2016.pdf [27.02.2019]

- MEDICPROOF (2018). Zahlen, Daten, Fakten 2017. Köln. Verfügbar unter: https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/ZDF/ZDF-2017.pdf [27.02.2019]
- MEDICPROOF (2019). Zahlen, Daten, Fakten 2018. Köln. Verfügbar unter: https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/ZDF/ZDF_2018_final.pdf [04.06.2019]
- MEDICPROOF (2020). Zahlen, Daten, Fakten 2019. Köln. Verfügbar unter: https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/ZDF/ZDF-19.pdf [27.05.2020]
- Panke-Kochinke, B. (2008). Gewalt gegen Pflegekräfte. Problematische Situationen erkennen und lösen. Frankfurt am Main.
- Neubert, K. (2020). Erster Test für das neuartige Coronavirus in China ist entwickelt. Verfügbar unter: <https://idw-online.de/de/news730025> [21.10.2020]
- PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung (2006). Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2005/2006. Köln, Berlin.
- PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung (2012). Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012. Köln.
- PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung (2019). Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2018. Köln.
- RKI – Robert Koch-Institut (2020a). COVID-19-Dashboard. COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Geschlecht/100.000 Einwohner. Verfügbar unter: <https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4> [20.09.2020]
- RKI – Robert Koch-Institut (2020b). Erfassung der SARS-CoV-2-Testzahlen in Deutschland (Update vom 7.5.2020). Epidemiologisches Bulletin, 19, 21.
- RKI – Robert Koch-Institut (2020c). Hinweise für ambulante Pflegedienste im Rahmen der COVID-19-Pandemie. Stand: 22. April 2020. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Altenpflegeheime.html?nn=13490888 [20.09.2020]
- RKI – Robert Koch-Institut (2020d). Informationen und Hilfestellungen für Personen mit einem höheren Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogruppen.html [20.09.2020]
- RKI – Robert Koch-Institut (2020e). Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Alten- und

- Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst. V.09, 09.09.2020.
- RKI – Robert Koch-Institut (2020f). SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). Stand: 18. September 2020. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html?nn=13490888 [20.09.2020]
- RKI – Robert Koch-Institut (2020g). Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 6. Mai 2020. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-05-06-de.pdf?__blob=publicationFile [20.09.2020]
- RKI – Robert Koch-Institut (2020h). Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 08.09.2020. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Sept_2020/2020-09-08-de.pdf?__blob=publicationFile [20.09.2020]
- RKI – Robert Koch-Institut (2020i). Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 20.09.2020. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Sept_2020/2020-09-20-de.pdf?__blob=publicationFile [26.09.2020]
- RKI – Robert Koch-Institut (o. J.). GBE-Glossar. Inzidenzmaße. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Glossar/gbe_glossar_catalog.html?cms_lv2=3686288 [08.09.2020]
- Rothgang, H. (2018). Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) BT-Drucksache 19/4453 anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 10. Oktober 2018. Verfügbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/572882/8967ed67244870ee4e384baaad063e8f/19_14_0036-32-_esv-rothgang_ppsg-data.pdf [20.09.2020]
- Rothgang, H. (2020). Pflege als „Teilkosystem“?: Zur richtig verstandenen Bedeutung von Verantwortungsteilung in der Pflege. In J. Zerth (Hrsg.), Pflege-Perspektiven. Ordnungspolitische Aspekte, Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung und Implikationen für eine gute Praxis der Pflege (S. 29–42).

- Rothgang, H., Domhoff, D., Friedrich, A.-C., Heinze, F., Preuß, B., Schmidt, A., Seibert, K., Stolle, C. & Wolf-Ostermann, K. (2020a). Pflege in Zeiten von Corona: Zentrale Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittsbefragung vollstationärer Pflegeheime. *Pflege*, 33 (5).
- Rothgang, H., Görres, S., Darmann-Finck, I., Wolf-Ostermann, K., Becke, G., Brannath, W., Cordes, J., Fünfstück, M., Heinze, F., Kalwitzki, T., Stolle, C., Kloep, S., Krempa, A., Matzner, L., Schwerdt, C. & Sticht, S. (2020b). Zweiter Zwischenbericht – Finale Version zur Abnahme durch den Auftraggeber – im Projekt Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Bremen.
- Rothgang, H., Görres, S., Darmann-Finck, I., Wolf-Ostermann, K., Becke, G., Brannath, W., Cordes, J., Fünfstück, M., Heinze, F., Kalwitzki, T., Stolle, C., Kloep, S., Krempa, A., Matzner, L., Zenz, C. & Sticht, S. (2020c). Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Bremen.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Cordes, J. (2019a). Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. 2. Gutachten. bedarfsgerecht – ortsunabhängig – bezahlbar. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro Pflegereform.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Cordes, J. (2020d). Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Die Schwester / Der Pfleger, 3, 12–17.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2016). BARMER GEK Pflegereport 2016. Siegburg.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2018). BARMER Pflegereport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 12. Berlin.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2019). BARMER Pflegereport 2019. Ambulantisierung der Pflege. Berlin.
- Rothgang, H., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2017). BARMER Pflegereport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5. Siegburg.

- Rothgang, H., Schmid, A., Maaß, L., Preuß, B. & Wagner, C. (2019b). Abschlussbericht zum Projekt Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) Los 4: Statistische Untersuchung. Bremen.
- Rothgang, H., Wolf-Ostermann, K., Domhoff, D., Heinze, F., Heß, M., Kalwitzki, T., Ratz, K., Schmidt, A., Seibert, K., Stolle, C. & Wiegmann, H. (2020e). Zur Situation der häuslichen Pflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung von informellen Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter. Bremen.
- Salcher-Konrad, M., Jhass, A., Naci, H., Tan, M., El-Tawil, Y. & Comas-Herrera, A. (2020). COVID-19 related mortality and spread of disease in long-term care: a living systematic review of emerging evidence. *BMJ Preprint*.
- Saß, A.-C., Wurm, S. & Ziese, T. (2009). Alter = Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 31–61). Berlin.
- Schablon, A., Wendeler, D., Kozak, A., Nienhaus, A. & Steinke, S. (2019). Belastungen durch Aggression und Gewalt gegenüber Beschäftigten der Pflege- und Betreuungsbranche in Deutschland – ein Survey. In P. Angerer, H. Gündel, S. Brandenburg, A. Nienhaus, S. Letzel & D. Nowak (Hrsg.), *Arbeiten im Gesundheitswesen. Psychosoziale Arbeitsbedingungen – Gesundheit der Beschäftigten – Qualität der Patientenversorgung* (S. 86–105). Landsberg am Lech.
- Schlick, C., Bruder, R. & Luczak, H. (Hrsg.) (2018). *Arbeitswissenschaft*. 4. Auflage. Berlin.
- Schmucker, R. (2020). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* (S. 49–60). Berlin, Heidelberg.
- Schneekloth, U., Geiss, S., Pupeter, M., Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Müller, R. (2017). Abschlussbericht. Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. München.
- Schütz, H. (2017). *Koordinaten der Arbeit im Land Bremen*. Bremen.
- Schwinger, A., Rothgang, H. & Kalwitzki, T. (2018). „Die Pflegeversicherung boomt“: Mehrausgaben der Pflegeversicherung – Retrospektive und Projektion. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik*, 21 (6), 13–22.

- Seidler, A., Schubert, M., Petereit-Haack, G., Horn, A., Kämpf, D. & Westerman, R. (2020). Soziale Isolation als Sterblichkeitsrisiko für ältere Menschen. Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche („Rapid Scoping Review“), ergänzt durch eine qualitative Erhebung. Verfügbar unter: https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/2020_05_18_fact_sheet_soziale-isolation-als-mortalita__tsrisiko_1.pdf [20.09.2020]
- Statistisches Bundesamt (2002a). Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2002b). Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2016). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Rückgerechnete und fortgeschriebene Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011. 1991–2011.
- Statistisches Bundesamt (2018a). Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe in Deutschland im Laufe des Berichtsjahres nach Art des Trägers, Hilfearten, Bruttoausgaben, Einnahmearten und Nettoausgaben sowie Ort der Leistungserbringung. Datentabellen von 2009 bis 2016 auf Anfrage. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2018b). Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe nach Art des Trägers, außerhalb von und in Einrichtungen sowie Hilfearten. Datentabellen von 1995 bis 2008 auf Anfrage. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2018c). Pflegebedürftige (absolut, je 100.000 Einwohner, in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Art der Betreuung. URL: www.gbe-bund.de [20.02.2018]
- Statistisches Bundesamt (2018d). Pflegestatistik 2017 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2018e). Pflegestatistik 2017 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2018f). Pflegestatistik 2017 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2018g). Wirtschaftsrechnungen. Laufende Wirtschaftsrechnungen. Einkommen, Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte – Fachserie 15 Reihe 1 – 2017. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2019). Statistik der Kriegsopferfürsorge. Ausgaben und Einnahmen. Empfänger/-innen 2018. Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (2020a). Ambulante Pflegedienste und von ambulanten Pflegediensten betreute Pflegebedürftige (Anzahl und Dichte). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Träger. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [18.02.2020]
- Statistisches Bundesamt (2020b). Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe in Deutschland im Laufe des Berichtsjahres. Länderübersicht über die Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege sowie Ort der Leistungserbringung. Datentabellen von 2017 bis 2018 auf Anfrage. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2020c). Bevölkerung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit. Stand: 19. Juni 2020. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/zensus-geschlecht-staatsangehoerigkeit-2019.html> [20.09.2020]
- Statistisches Bundesamt (2020d). Bevölkerung zum Stichtag 31.12. Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität (Grundlage Zensus 2011). Verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de> [18.08.2020]
- Statistisches Bundesamt (2020e). Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege nach Geschlecht und Ort der Leistungserbringung im Zeitvergleich am 31.12. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/liste-hilfe-pflege.html> [15.07.2020]
- Statistisches Bundesamt (2020f). Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Bevölkerung, Bundesländer, Stichtag. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de> [10.02.2020]
- Statistisches Bundesamt (2020g). Personal in ambulanten Pflegediensten (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Tätigkeitsbereich. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [18.02.2020]
- Statistisches Bundesamt (2020h). Personal in ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen (absolut und in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Beschäftigungsverhältnis. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [18.02.2020]
- Statistisches Bundesamt (2020i). Personal in Pflegeheimen (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Tätigkeitsbereich. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [11.07.2020]

- Statistisches Bundesamt (2020j). Pflegebedürftige (absolut, je 100.000 Einwohner, in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegegrad, Art der Betreuung. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [10.02.2020]
- Statistisches Bundesamt (2020k). Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [12.02.2020]
- Statistisches Bundesamt (2020l). Pflegeheime (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Pflegeangebot, Träger, Kapazitätsgrößenklassen Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [11.07.2020]
- Statistisches Bundesamt (2020m). Pflegeheime und verfügbare Plätze in Pflegeheimen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Art der Einrichtungen/Plätze, Träger. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [11.07.2020]
- Szepan, N.-M. & Wagner, F. (Hrsg.) (2018). Agenda Pflege 2021. Grundlagen für den fachpolitischen Diskurs. Berlin.
- TK –Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2019). Gesundheitsreport 2019 – Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften. Hamburg.
- Unger, R., Giersiepen, K. & Windzio, M. (2015). Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld. In K. Hank & M. Kreyenfeld (Hrsg.), Social Demography – Forschung an der Schnittstelle von Soziologie und Demographie. Sonderheft 55 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (S. 193–215). Opladen/Wiesbaden.
- vdek – Verband der Ersatzkrankenkassen (2018). vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2017–2018. Berlin.
- vdek – Verband der Ersatzkrankenkassen (2020a). Finanzielle Belastung (Eigenanteil) eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege nach Bundesländern. Berlin. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html [27.09.2020]
- vdek – Verband der Ersatzkrankenkassen (2020b). Finanzierung – vollstationäre Pflege. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und Eigenanteil in Euro. Berlin. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html [27.09.2020]

- ver.di (2009). Arbeitsqualität aus Sicht von Altenpfleger/-innen. Berlin. Verfügbar unter: http://archiv.verdi-gute-arbeit.de/upload/m49d5c6613279f_verweis2.pdf [28.08.2020]
- WHO – World Health Organization (2020a). Coronavirus disease (COVID-19). Weekly Epidemiological Update. 20 September 2020. Genf. Verfügbar unter: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200921-weekly-epi-update-6.pdf?sfvrsn=d9cf9496_6 [26.09.2020]
- WHO – World Health Organization (2020b). Coronavirus. Prevention. Verfügbar unter: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_2 [20.09.2020]
- WHO – World Health Organization (2020c). Pandemie der Coronavirus-Krankheit (COVID-19). Das Virus. Verfügbar unter: <https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov> [20.09.2020]
- WHO – World Health Organization (2020d). Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: policy brief. Genf. Verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1286427/retrieve> [20.09.2020]
- WHO – World Health Organization (2020e). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Verfügbar unter: <https://covid19.who.int/> [20.09.2020]
- Wolf-Ostermann, K. & Rothgang, H. (2020). Pflege in Zeiten von Corona. CAREkonkret, 19. Juni 2020.
- Wolf-Ostermann, K., Rothgang, H., Domhoff, D., Friedrich, A.-C., Heinze, F., Preuß, B., Schmidt, A., Seibert, K. & Stolle, C. (2020a). Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege. Bremen.
- Wolf-Ostermann, K., Schmidt, A., Preuß, B., Heinze, F., Seibert, K., Friedrich, A.-C., Domhoff, D., Stolle, C. & Rothgang, H. (2020b). Pflege in Zeiten von Corona: Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittsbefragung zu ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Pflege, 33 (5), 1–12.

Autorenverzeichnis

Rolf Müller, Dr., wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung des SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik – an der Universität Bremen.

Benedikt Preuß, wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung des SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik – an der Universität Bremen.

Heinz Rothgang, Prof. Dr., Leiter der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung des SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik – an der Universität Bremen.